

**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção**

**O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação de Mestrado

Sérgio Braga Farhat

Florianópolis
2001

O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA

**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção**

**O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA
QUALIDADE DE VIDA**

Sérgio Braga Farhat

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em
Engenharia de Produção.

Florianópolis
2001

Sérgio Braga Farhat

O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do título de **Mestre em Engenharia de
Produção** no **Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da**
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 19 de outubro de 2001.

.....
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph. D.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof. Glaycon Michels, Dr.
Orientador

Prof. Gilsée Ivan Régis Filho, Dr.

Profa. Sônia Pereira, Dra.

Aos meus pais,
por tudo que tenho conquistado,
À Anninha, Filipe e Flávia,
razão da minha vida

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Glaycon Michels,
por tornar tão bela e humana a sua Medicina,
ao Prof. Eduardo L. Barbosa da Universidade Federal do Paraná,
pela sua paciência, por seu amor à profissão
e pelo exaustivo trabalho estatístico feito com tanta dedicação
à Profª . Alessandra S. Dourado
da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
pela contribuição inestimável de artigos e material literário
Aos nossos pacientes, razão da nossa pesquisa

Sumário

Lista de Figuras	vii
Lista de Quadros	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Reduções	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.2 Questões a Investigar	11
1.3 Justificativa e relevância	12
1.4 Delimitação do tema	13
1.5 Limitações	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Anatomia do Periodonto	14
2.1.1 O Periodonto	14
2.1.2 Mucosa Bucal	17
2.1.3 Gengiva	18
2.2 Doença Periodontal - Uma Breve Perspectiva Histórica	19
2.2.1 Doença Periodontal	25
2.2.2 Alterações Histopatológicas	26
2.2.3 Conceitos Atuais	30
2.2.4 Mecanismos de Início e Progresso da Doença Periodontal	32
2.2.5 Gengivite	35
2.2.6 Periodontite	37
2.3 Saúde Bucal, Doença e Qualidade de Vida	39
2.3.1 Doença e Saúde	40
2.3.2 Implicações Sobre a Distinção de Conceitos	41
2.3.3 Qualidade de Vida	44
2.3.4 Relação entre Saúde e Qualidade de Vida	45
2.4 Medidores do Impacto da Saúde Bucal	48
2.5 A Responsabilidade do Clínico Geral no Diagnóstico Precoce dos Problemas Periodontais	61
2.5.1 O Primeiro Sinal Clínico da Inflamação Gengival	65
3 MATERIAIS E MÉTODOS	73
3.1 Aplicação prática do PSR e do OHIP	73
3.1.1 Aplicação prática do PSR	73
3.1.2 Aplicação prática do OHIP	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 Resultados e discussão sobre o exame “PSR”	80
4.2 Resultados e discussão sobre o questionário “OHIP”	82

5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	106
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
7	ANEXOS.....	117
7.1	Questionário.....	118

Lista de Figuras

Figura 1: Desenho esquemático do dente com seu periodonto.....	16
Figura 2: A gengiva.....	19
Figura 3: Gengivite.....	37
Figura 4: Periodontite.....	38
Figura 5: Relação entre saúde e doença.....	42
Figura 6: Relação entre saúde, doença e qualidade de vida.....	47
Figura 7: Ligações entre variáveis clínicas e qualidade de vida.....	48
Figura 8: Escores do PSR.....	82
Figura 9: Resultado da avaliação pelo questionário OHIP.....	103

Lista de Quadros

Quadro 1: Escala usada com o PSR.....	74
---------------------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Faixa etária.....	80
Tabela 2: Índices de avaliação.....	101

Lista de Reduções

Abreviaturas

a. C.	= antes de Cristo
cols.	= colaboradores
et. al.	= e colaboradores
Ex.	= exemplo
mm	= milímetros
sec.	= século
%	= por cento

Siglas

AAP	= Associação Americana de Periodontologia
ADA	= Associação Dentária Americana
CF	= Comprometimento físico
CP	= Comprometimento psicológico
CPITN	= "Community Periodontal Index of Treatment Needs"
CPOD	= Dentes cariados, perdidos e obturados
CS	= Comprometimento social
DF	= Dor física
DP	= Desconforto psicológico
GOHAI	= "The General Oral Health Assessment Index"
I	= Incapacidade
LF	= Limitação funcional
LPMN	= Leucócitos polimorfonucleares
OHIP	= "Oral Health Impact Profile"
OHIP	= "Oral Health Impact Profile"
OHQOL	= "Oral Health-Related Quality of Life Measure"
OMS	= Organização Mundial de Saúde
PSR	= "Periodontal Screening and Recording"
SIP	= "Sickness Impact Profile"

RESUMO

FARHAT, Sérgio Braga. O impacto da doença periodontal na qualidade de vida. Florianópolis, 2001. 134 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2001.

A doença periodontal inflamatória crônica, a despeito de ser uma enfermidade tipicamente assintomática durante a sua evolução natural (periodontite do adulto), causa grandes perdas funcionais e estéticas ao indivíduo doente. Ao longo dos anos a odontologia vem desenvolvendo terapias de tratamento baseadas no estudo da patologia em si e de como ela afeta os tecidos de sustentação dos dentes, bem como no potencial de cicatrização dos mesmos. Este trabalho visa contribuir com a ciência no sentido de entender melhor em que sentido a doença periodontal afeta o dia a dia das pessoas, quais são as suas maiores dificuldades e as suas reais aspirações em relação ao tratamento periodontal. O exame periodontal utilizado foi o PSR (*Periodontal Screening and Recording*). Logo em seguida ao exame clínico, os pacientes foram entrevistados utilizando-se o questionário OHIP (*Oral Health Impact Profile*). Foram selecionados 30 pacientes com doença periodontal ativa em tratamento na Universidade Tuiuti do Paraná. O exame periodontal acusou que todos os pacientes tinham doença ativa, e que o grau de envolvimento periodontal na sua grande maioria era de nível médio. O questionário OHIP indicou como maior índice de impacto o “desconforto psicológico”, seguido em ordem decrescente de “limitação funcional”, “dor física”, “disfunção psicológica”, “disfunção física”, “disfunção social” e “incapacidade”. Conclui-se com este trabalho que a doença periodontal afeta a qualidade de vida em diferentes aspectos, independentemente do seu estágio evolutivo.

Palavras-chave: doença periodontal, qualidade de vida, saúde bucal.

ABSTRACT

FARHAT, Sérgio Braga. O impacto da doença periodontal na qualidade de vida. Florianópolis, 2001. 134 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2001.

The chronic inflammatory periodontal disease, despite of being a typically assintomatic enfermity during its natural evolution (adult periodontitis), causes progressive functional and aesthetic losses to the sick patient. Throughout the years science has being developing treatment therapies based in the study of pathology itself and how it affects the teeth supporting tissues as well as their potential cicatrization. We have got great progress at this area, trying to restore, usually with surgery procedures, the tissue health, the normal function as well as the aesthetic. This work aims to contribute with science in a sense of better understanding the manner that the periodontal disease affects people's daily life, which are their main difficulties as so as their real aspirations about the periodontal treatment. Our sample were the patients of the periodontal discipline from the Universidade Tuiuti do Paraná, totalizing 30 subjects, all of them presenting active periodontal disease. The periodontal exam used was PSR (Periodontal Screening and Recording). Following the clinical exam, the patients were interviewed taking OHIP (Oral Health Impact Profile) questionnaire. The periodontal exam (PSR) showed that all the subjects presented active periodontal disease and that, almost all of them were in a moderate estadium. The questionnaire results showed as the major level the "psychological discomfort" folowed by "functional limitation", "physical pain", "psychological disfunction", "physical disfunction" , "social disfunction", and "handicap". This study brings us the conclusion that the periodontal disease affects the quality of life by many ways, despite its level of evolution.

Key words: periodontal disease, quality of life, oral health.

1 INTRODUÇÃO

A palavra paradigma foi usada pelo físico e filósofo Khun (1970) em seu livro *“The Structure of Scientific Revolutions”* com o significado de modelo ou padrão a ser seguido para o estudo dos fenômenos e da realidade. Khun salientou que a ciência nem sempre progride de modo harmônico e ininterrupto, como comumente se admite, mas apresenta, por vezes, rupturas em seu desenvolvimento, estas provenientes com frequência, de processos intuitivos que se estabelecem independentemente de comprovação em ensaios ou pesquisas científicas e que contribuem para demonstrar a falibilidade das teorias convencionais.

A evolução da medicina como ciência começou a se dar com Alcmaeón de Croton (séc.VI a.C.), que desfez o mito de magia da prática médica e passou a considerar as doenças como resultado de um desequilíbrio entre as potências da natureza (o úmido e o seco, o frio e o quente, o doce e o amargo e outras). Hipócrates (séc.V. a.C.) aprofundou esses conceitos e renegou a concepção vigente de que as doenças representavam uma punição dos deuses, ao estabelecer que “cada doença tem sua própria natureza e surge de causas externas”, além de insistir na importância da ética no exercício da medicina. Galeno, médico grego que exerceu a profissão em Roma a partir de 164 a.C., sem dúvida o mais ilustre de sua época, introduziu inúmeros conceitos de anatomia e fisiologia (é considerado o criador da fisiologia experimental), que são pertinentes até hoje. Realçou sobretudo a natureza orgânica das doenças (Entralgo, 1978) (Teixeira, 1997). Atualmente as

ciências da saúde, como a medicina e a odontologia, seguem os mesmos princípios éticos estabelecidos por Hipócrates e conservam a visão organicista das doenças de Galeno. A partir dos séculos XVI e XVII, foram as ciências em geral, e a medicina em particular, bastante influenciadas pelo pensamento dos grandes gênios da época, principalmente Galileo Galilei (1564-1642), mestre da dedução teórica, Francis Bacon (1561-1626), criador do empirismo da investigação e René Descartes (1596-1650), o pai do racionalismo. Descartes desenvolveu o método científico racional dedutivo, é o criador da geometria analítica e defendeu o dualismo da natureza, isto é, a matéria e o pensamento, o que contribuiu para a diferenciação entre corpo e alma do ser humano, ambos sob o amparo de Deus. Distinguiu duas fontes de conhecimento: a intuição e a dedução e afirmou que todo conhecimento humano depende da razão ou do pensamento e não da sensação ou da imaginação. A seguir, foi Isaac Newton (1642-1727) que consolidou o método racional dedutivo de Descartes ao criar os princípios da mecânica e assim surgiu o paradigma cartesiano-newtoniano (Teixeira, 1999).

Este paradigma, portanto, se caracteriza por propor uma visão mecanicista do conhecimento, composto de várias partes menores que se unem e se entrelaçam. As raízes filosóficas do modelo são encontradas no dualismo mente-corpo no qual a mente e o corpo são entidades separadas. O modelo adota a metáfora mecânica na qual o corpo é visto idêntico a uma máquina (*Op cit*).

Para entender o funcionamento da máquina, é preciso desmontá-la ou dividi-la em suas partes. Isto é, fragmentar para conhecer. A influência deste

paradigma foi e tem sido constante em praticamente todas as ciências do mundo moderno e, em medicina, como na odontologia, favoreceu o conhecimento do corpo humano pelo estudo sistemático de seus componentes e de sua fisiologia, o que possibilitou um avanço significativo no desvendamento da fisiopatologia, conseqüentemente, na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças. Neste modelo, saúde e doença são vistas estritamente como fenômenos biológicos. Alta tecnologia e serviços de saúde são vistos como sendo a chave para uma restauração e melhoramento da saúde das populações e dos indivíduos. Como resultado, o corpo fica isolado da pessoa e as experiências subjetivas dos pacientes sobre saúde e doença são ignoradas. Externou de tal forma a complexidade das doenças que justificou o desenvolvimento das diferentes especialidades, nas quais o profissional aprofunda seu conhecimento em determinado aspecto do organismo, relegando a segundo plano o conhecimento geral. Tem um conhecimento horizontal limitado e vertical profundo (os críticos do relativismo, que coordena as especializações, costumam dizer que o especialista sabe quase-tudo de quase-nada) (Crema, 1988). Ao se aplicar este modelo na odontologia, percebe-se uma tendência para tratar a cavidade oral como se ela fosse uma estrutura anatômica autônoma a qual está localizada junto ao corpo mas não se conecta a ele ou à pessoa, de nenhuma maneira significativa. Isto é, a boca como um objeto em questão, tem sido usualmente isolada do corpo e da pessoa.

No entanto, os profissionais da saúde modernos são cheios de incertezas e convivem simultaneamente com uma euforia e uma perplexidade:

euforia por se julgarem donos de um saber enorme, proporcionado pela evolução do conhecimento científico na área da saúde, e perplexidade por sentirem que, mesmo com tanto saber, são incapazes de solucionar grande parte dos problemas de seus pacientes. Ainda, que o conhecimento atual e os recursos técnicos de que dispõem são fugazes, pois amanhã podem não mais ser úteis, por obsolescência. Estas constatações fazem com que o sucesso do profissional de saúde se constitua num desafio constante, ainda mais levando em conta que novas doenças surgem diariamente, pelos mais diferentes motivos (iatrogenia, desequilíbrios pessoais, hábitos parafuncionais, ecológicos, mutações e outros).

Os críticos do método analítico cartesiano reconhecem que ele foi um dos pilares da fantástica evolução do mundo moderno, mas é igualmente inegável que contribuiu para o descaso dos sentimentos íntimos do ser humano, em virtude da ênfase na abordagem mecanicista. Justificaria ainda, no parecer dos mesmos, a triste realidade que se vivencia, qual seja, mesmo com todo seu poder e saber, não foi a ciência ainda capaz de fazer o homem descobrir o amor e a felicidade (Teixeira, 1999). O sábio Jidddu Krishnamurti (*apud* Teixeira, 1999, p.2), alerta:

“Temos progresso técnico sem um progresso psicológico equivalente e, por este motivo, há um estado de desequilíbrio; têm-se realizado extraordinárias conquistas científicas e, no entanto, continua a existir o sofrimento humano, continuam a existir corações vazios e mentes vazias... Vosso mundo, que sois

vós mesmos, é um mundo do intelecto cultivado e do coração vazio... Um coração vazio mais uma mente técnica não fazem um ente humano criador. Primeiro você é um ser humano e depois um cientista. Antes você tem de se tornar livre, e essa liberdade não pode ser atingida por meio do pensamento, ela é atingida pela meditação – a compreensão da totalidade da vida, em que cessam todas as formas de fragmentação.”

Essa excessiva ênfase que habitualmente é dedicada à doença e relativo descaso para com o doente distancia sobremaneira o terapeuta dos seus clientes. Enquanto se procura conhecer aquela em seus mais íntimos mecanismos, não se dá conta de que, por trás do organismo a ser estudado e de suas doenças, existe um ser de altíssima complexidade, possuidor de um cérebro, com sentimento e mente, a qual (mente) está em contato com todo o universo, por ser parte do mesmo. Em suma, se é técnico que cuida do ser humano, mas não se atem ao ser em si – ou o faz de modo insuficiente, por imposição do método que se adota. Em verdade, mal o conhece.

Os livros-textos comumente adotados em escolas odontológicas tecem escassas considerações sobre a natureza do ser humano; em geral, o tema só é tratado em compêndios de psicologia ou áreas afins e não costuma fazer parte do currículo. Entretanto, como exercer adequadamente a odontologia se não conhece-se o homem em sua inteireza?

As escolas em geral enfatizam a doença, como se vê, em detrimento do doente, e para ela direcionam os procedimentos diagnósticos e

terapêuticos. Ênfase na parte, negligência no todo. Visão mecanicista ou organicista do ser, ausência de avaliação global. É de senso comum que os profissionais da saúde modernos são mais preparados para ouvir, sentir e perceber melhor o corpo humano; ao contrário, os mais antigos percebiam melhor as pessoas. Se as escolas estão formando seus alunos com base na aquisição de conhecimento de alta tecnologia apenas, elas não os estão formando, e sim deformando-os. A tecnologia moderna, voltada para o diagnóstico e tratamento das enfermidades, é fria, impessoal, insensível e incapaz de adentrar na alma do paciente. Este não aguarda ansiosamente apenas pela modernidade na condução de seu caso, mas espera encontrar diante de si um técnico competente que seja também um confessor, um protetor e um amigo. Do técnico, ele espera soluções; ao confessor, revela seus problemas íntimos, às vezes timidamente, mas com coragem; ao protetor, entrega seu destino; e do amigo, espera solidariedade, compreensão e calor humano. Fica então evidente porque o computador não substitui o profissional em sua função, que é essencialmente humana, perante o paciente.

O conceito de saúde começou a tomar um novo rumo quando em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu este termo como sendo “o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades” (Locker, 1988, p.13). Esta definição indica que a saúde abrange aspectos objetivos e subjetivos. Neste sentido, os índices clínicos que estabelecem a presença e a severidade de condições patológicas, necessitam ser suplementados por indicadores de aspecto social e emocional da saúde que se refiram a experiência individual ou a percepção subjetiva das mudanças

no bem estar físico, mental e social.

A Odontologia, em grande parte, tem permanecido imune a este aspecto que envolve a saúde como um todo. Os índices atualmente empregados para o levantamento do estado de saúde bucal da população continuam sendo índices clínicos, como o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e os índices periodontais “Community Periodontal Index of Treatment Needs” (CPITN) e “Periodontal Screening and Recording” (PSR), que medem somente a presença e a severidade das enfermidades. Sem dúvida, estes índices não nos dizem nada a respeito da pessoa como um todo, nem nada a respeito da percepção de sintomas subjetivos como a dor e o incômodo.

A manutenção de uma prática odontológica orientada, predominantemente, para a clínica se deve a inúmeras razões (Locker, 1988). A primeira delas se refere às diferenças na natureza física das doenças bucais. A evolução clínica da maioria das enfermidades bucais não oferece risco de vida, influenciando a maneira como o paciente e profissional lidam com elas. Outra razão seria a forma não integrada com outras áreas de conhecimento e pouco dirigida a uma saúde geral pela odontologia clínica, no desenvolvimento de investigações relacionadas aos cuidados com a saúde bucal. A última, e talvez a mais importante das razões, se refere às percepções e conceitos dos próprios investigadores que consideram as consequências das condições bucais na vida do indivíduo não existentes ou simplesmente as negligenciam. Hoje pode-se afirmar que estes conceitos e posturas dos profissionais da Odontologia têm mudado muito em função de investigações

recentes que demonstraram que as enfermidades impõem uma carga significativa ao indivíduo e a sociedade.

Ainda que problemas dentários ou desordens bucais de qualquer natureza ofereçam raramente risco de vida, eles influenciam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. O fato de nunca ter-se dado muita atenção aos possíveis efeitos sobre a saúde geral do indivíduo conseqüentes de desordens bucais se deve basicamente a separação histórica entre a Medicina e a Odontologia, onde a cavidade bucal sempre foi vista como uma estrutura anatômica autônoma, ilhada do resto do corpo. Sem dúvida, a mesma está intimamente relacionada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar um grande impacto negativo no bem estar geral do organismo (Locker, 1997).

A avaliação do impacto da doença periodontal na qualidade de vida visa ampliar a visão tão acanhada que, como já se disse, está acostumada a enxergar a doença e não o doente. Talvez esta auto limitação crie obstáculos no entendimento mais completo do comportamento das doenças nas suas formas mais variadas sobre os clientes. Obstáculos estes que distanciam do objetivo maior, que desvirtuam a real função dos profissionais de saúde, fazendo-os técnicos em diagnóstico e tratamento de doenças, sem contudo dar a devida atenção aos doentes como entidades verdadeiramente bio-psico-sociais, sem contudo se preocupar com a qualidade de vida destes indivíduos e da sociedade em que vivem. A ciência não mais pode caminhar sozinha neste terreno tão nobre e tão gratificante, e quando isto de fato acontecer, aí sim, teremos alcançado um grau de evolução infinitamente belo e com uma

amplitude social inigualável.

A percepção do ser humano em sua totalidade adota este sistema de síntese ou agregação dos componentes do ser, ao contrário do método cartesiano analítico, reducionista, fragmentário ou dissociativo. Procura juntar para conhecer. Enfatiza o físico, mas intimamente interrelacionado com a mente, a consciência, o espírito e com as energias do universo. No estágio evolutivo atual da humanidade se está longe de entender com clareza os íntimos fenômenos da natureza, seja no macro (universo), seja no microcosmos (ser). Assim, não há resposta ainda para as inúmeras perguntas que surgem.

Esta nova realidade poderá vir a se constituir em um novo paradigma, o holístico, que acredita-se, deverá complementar o antigo paradigma cartesiano-newtoniano e engrandecer o conhecimento do todo. Sob este novo paradigma, espera-se que o profissional da saúde se volte mais para o ser humano, utilizando meios existentes, ou ainda por existir, que verdadeiramente possam favorecer seu equilíbrio pleno, fazendo com que a essência do ser atinja seu destino de evolução, qual seja, a perfeição em Deus. É preciso ousar para progredir, com consciência de que o destino está além do que se conhece hoje. As modalidades terapêuticas filosoficamente mais voltadas para o ser, com abordagem transdisciplinar e complementadas pela ação clínica efetiva na doença, poderão significar um modelo de conduta integral frente ao ser doente, resultando em benefício mais nítido ao mesmo (Teixeira,1999).

Existe agora uma substancial literatura concernente ao conceito de saúde e sua aplicação na odontologia na qual várias abordagens teóricas e

estruturas conceituais são discutidas. Consequentemente, esta dissertação trata de uma questão relativa ao conceito de saúde relacionada à qualidade de vida e seu valor enquanto medindo e entendendo a saúde bucal. Para que se coloque esta discussão no contexto, o desenvolvimento das medições baseadas em pacientes sobre as conseqüências na saúde, tanto na medicina quanto na odontologia, deveria ser visto como parte de uma ampla mudança de paradigma em termos de cuidados de saúde, no qual o modelo médico foi modificado, se não refeito, pelo modelo socioambiental, o qual provê a base para a promoção de saúde teórica e prática, compreende uma mudança no nosso pensamento sobre o que se constitui saúde e as estratégias necessárias para se produzi-la.

Nos últimos 20 anos a abordagem tradicional exemplificada pelo modelo médico tem sido progressivamente desafiada pelo modelo sociocomportamental de saúde. Neste, a saúde é definida não mais em termos de ausência de doença mas em termos de um ótimo funcionamento e um bem estar social e psicológico. Como resultado, mudou-se de um conceito com doença para um conceito com saúde; de curar doenças para prevenir e promover saúde e de uma ênfase em serviços de saúde para uma ênfase nos meios físico e social nos quais se vive, como determinantes principais de um *status* de saúde. Ao mesmo tempo o paciente tem sido transformado de um corpo para uma pessoa tanto que um progressivo significado tem sido dado as experiências e interpretações subjetivas dos indivíduos sobre saúde e doença.

Isto representa uma mudança de uma maneira atomista ou reducionista de se pensar para uma perspectiva mais holística de saúde e

doença. Na odontologia, estas mudanças deram ascensão a pesquisa ligando condições orais com doenças de outras regiões do organismo e com os impactos da saúde sobre a qualidade de vida (Teixeira, 1999). Pode-se então perguntar: Quais seriam estes impactos e a que nível eles atuariam no dia a dia?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Estabelecer a relação entre as condições de saúde bucal e a qualidade de vida dos indivíduos.

1.1.2 Objetivos específicos

Conceituar saúde bucal de uma visão holística.

Estabelecer a relação entre a saúde geral e a saúde bucal.

Estabelecer a relação entre saúde bucal e qualidade de vida.

1.2 Questões a Investigar

- Que é saúde bucal?

- Que se denomina saúde bucal e saúde geral são de domínios separados?
- Que é qualidade de vida?
- Os conceitos de saúde e de qualidade de vida são iguais ou relacionados mas distintos?

1.3 Justificativa e relevância

O paciente odontológico, mais especificamente o paciente periodontal, passa a ter um convívio muito freqüente com o profissional devido às características inerentes à progressão da doença periodontal em si, que na grande maioria dos casos (doença periodontal inflamatória crônica) é de evolução lenta e exige um tratamento a longo prazo que mesmo após a resolução da fase inflamatória inicial, se perpetua em reconsultas de manutenção ou, em uma nomenclatura mais atualizada, no tratamento periodontal de suporte (Carranza & Newman, 1997).

Torna-se imperioso que este longo relacionamento profissional/paciente tenha um alcance holístico do ser humano, facilitando desta forma a cooperação do paciente e uma maior e mais completa compreensão do profissional sobre os seus (pacientes) reais anseios e limitações (Teixeira, 1999).

1.4 Delimitação do tema

Este trabalho foi executado na Universidade Tuiuti do Paraná, com 30 (trinta) pacientes da clínica de Periodontia, sendo 20 (vinte) do sexo feminino e 10 (dez) do sexo masculino. As idades variam de 23 a 59 anos. Os exames clínicos e a aplicação dos questionários foram realizados durante as aulas práticas da referida disciplina. O trabalho de levantamento de dados durou aproximadamente 4 (quatro) meses até que o último paciente tivesse sido examinado.

1.5 Limitações

Ao tratar-se de um assunto tão complexo como a avaliação holística de nossos pacientes, a maior limitação é, sem dúvida, o espaço de tempo disponível para realizar-se uma análise mais criteriosa sobre cada indivíduo.

Outra limitação é a escassa literatura, principalmente no Brasil, onde este assunto ainda parece soar de maneira muito estranha e preconceituosa entre os profissionais em geral.

Também não se pode deixar de citar que as diferentes condições sociais, raciais, de faixa etária, culturais, etc. dificultam a comparação dos resultados entre si. Para tanto, sugere-se que futuramente se realizem estudos longitudinais onde estas diferenciações possam ser melhor avaliadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia do Periodonto

Para que se possa situar o leitor mais detalhadamente sobre a doença periodontal e as estruturas teciduais que ela atinge, bem como as suas conseqüências, abordaremos em primeiro lugar uma breve revisão sobre a anatomia do periodonto.

2.1.1 O Periodonto

O periodonto consiste em tecidos de revestimento e de suporte do dente (gengiva, ligamento periodontal, cimento e osso alveolar). O dente está unido à maxila e à mandíbula por um aparelho de suporte especializado que consiste de osso alveolar, ligamento periodontal e cimento, todos protegidos pela gengiva. O ligamento periodontal é um tecido conjuntivo altamente especializado, com cerca de 0,2 mm de espessura, situado entre o dente e o osso alveolar. Sua principal função é a de articular o dente à maxila e à mandíbula, de tal modo que se torne apto a suportar as consideráveis forças da mastigação. Esta exigência é cumprida pelas massas de feixes de fibras colágenas que se distribuem pelo ligamento, desde o osso até o dente, e por uma matriz, tipo gel, não compressível. Cada feixe de fibras colágenas assemelha-se muito a um cordame trançado, em que cada corda pode ser

remodelada continuamente sem que o todo perca sua estrutura e função. Desse modo os feixes de fibras colágenas podem adaptar-se às forças exercidas sobre eles. O ligamento periodontal possui uma outra importante função: a sensorial. Apesar do esmalte dentário ser um tecido que não possui vitalidade e, conseqüentemente, sem sensibilidade, nós tomamos conhecimento dele no momento em que nossos dentes entram em contato um com o outro ou quando existe um grão de areia num sanduíche. Parte deste senso de discriminação é fornecido por receptores sensoriais existentes no interior do ligamento periodontal (Carranza & Newman, 1997).

Por uma de suas extremidades as fibras do ligamento periodontal estão mergulhadas no osso. Pela outra extremidade os feixes de fibras colágenas estão mergulhados no cimento. O cimento é duro e é semelhante ao osso. Ele cobre as raízes dos dentes e está firmemente “cimentado” na dentina da raiz. É um tecido conjuntivo mineralizado muito semelhante ao osso, porém é avascular. Ele é 50% mineralizado, com cristais de hidroxiapatita, e a sua matriz orgânica é, em grande parte, colágeno (Ten Cate, 1988).

Existem dois tipos de cimento. Aquele unido à dentina radicular e que cobre desde a margem cervical até o ápice da raiz é acelular e por isso chamado cimento acelular. Este tipo de cimento é por vezes recoberto por cimento celular, onde as células que o formaram, os cementoblastos, ficaram aprisionadas em lacunas da sua própria matriz, de um modo muito semelhante aos osteócitos passam a ocupar lacunas no osso. Apesar de existirem variações no padrão de distribuição dos cimentos acelular e celular, ambos os tipos têm por função ancorar os feixes de fibras do ligamento periodontal ao

2.1.2 Mucosa Bucal

A cavidade bucal é revestida por uma membrana mucosa que consiste de duas camadas, uma epitelial e outra de tecido conjuntivo, conhecida como lâmina própria. Esta mucosa bucal está particularmente adaptada às funções que necessita realizar. Embora as principais funções da mucosa sejam as de revestimento e de proteção, ela também está modificada para servir como um tecido excepcionalmente móvel que permite o livre movimento dos músculos dos lábios e das bochechas. Em outros locais, ela age como um órgão da gustação. Histologicamente, a mucosa bucal pode ser classificada como (1) mucosa mastigatória, (2) mucosa de revestimento e (3) mucosa especializada. A mucosa mastigatória reveste a gengiva e o palato duro. Ela está firmemente aderida, por intermédio da lâmina própria, ao osso subjacente e seu epitélio é altamente queratinizado a fim de que possa resistir aos constantes golpes do bolo alimentar durante a mastigação. A mucosa de revestimento, ao contrário, precisa ser tão flexível quanto possível, para realizar sua função de proteção. Seu epitélio não é queratinizado; sua lâmina própria é estruturada de modo a permitir mobilidade e não está firmemente aderida às estruturas subjacentes. A mucosa especializada é aquela que reveste a superfície da língua. Embora funcionalmente seja mucosa mastigatória, este tecido contém papilas e botões gustativos que exercem funções especiais (Carranza & Newman, 1997).

Um aspecto peculiar à mucosa bucal é o de ser perfurada pelos dentes. Este é um aspecto anatômico de considerável importância, com profundas implicações na iniciação da moléstia periodontal. Os dentes são as

únicas estruturas do organismo que perfuram um epitélio: pelo fato dos anexos da pele tais como unha e pêlo serem invaginações epiteliais, a continuidade epitelial é mantida sempre. Essa perfuração significa que uma junção precisa ser estabelecida entre a gengiva e o dente (Ten Cate, 1988).

2.1.3 Gengiva

A mucosa que circunda intimamente o dente erupcionado é conhecida como gengiva (Figura 2). Em termos funcionais, a gengiva consiste de duas partes: a voltada para a cavidade bucal, que é mucosa mastigatória, e a que está voltada para o dente, implicada na adesão da gengiva ao dente, formando também parte do periodonto. Uma distinção arbitrária entre esses dois componentes pode ser conseguida ao se traçar uma linha desde a crista do processo alveolar até a borda livre da gengiva. Tal como é, a junção entre a mucosa bucal e o dente não é muito eficiente: antígenos podem passar facilmente através dela e então iniciar uma inflamação no tecido gengival (gengivite marginal) (Carranza & Newman, 1997).

Figura 2: A gengiva.



Fonte: LINDHE, Jan. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 3ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 720 p. Cap 1, p.4, fig. 1.2: Anatomia do Periodonto.

2.2 Doença Periodontal - Uma Breve Perspectiva Histórica

As doenças periodontais são um grupo de lesões que afetam os tecidos que circundam o dente (gengiva e mucosa alveolar) e os que o sustentam em seu alvéolo (cimento dentário, ligamento periodontal e osso alveolar). Estas doenças não são uma descoberta recente. Enquanto que a cárie dental historicamente se desenvolveu como o resultado de civilizações emergentes, estudos em paleopatologia nos indicam que doenças gengivais e

perda de dentes são tão antigas quanto a própria humanidade e continuam a ser uma das doenças mais comuns que afetam a dentição humana (Löe, 1993).

Em torno de 4000 anos atrás, os egípcios e os chineses descreveram as doenças periodontais como condições inflamatórias, e Hipócrates (460-335 A.C.) discutiu a etiologia e a patogênese de diferentes formas, incluindo a situação em que “as gengivas estavam sangrando e dilacerando-se” (Mitsis, 1991, p.26).

Embora inicialmente os hebreus e os romanos e, mais tarde os árabes da Idade Média tenham contribuído de várias maneiras para a descrição e o tratamento destas doenças, deve-se considerar a publicação de Fauchard, (1746) “*Le chirurgien dentiste*”, como sendo a primeira a fornecer uma discussão sobre patologia periodontal e terapia, com um caráter mais intelectualizado e útil. Fauchard recomendou meticulosa raspagem dos dentes com instrumentos especiais para remover cálculos. Ele também prescreveu bochechos, dentifícios e a esplintagem de dentes condenados.

A primeira contribuição inglesa para o entendimento e o tratamento das doenças periodontais foi feito por Hunter, J., um fisiologista e cirurgião de reconhecida capacidade intelectual e interesse científico, amplamente conhecido por seu trabalho de 1771 intitulado “A história natural dos dentes humanos”. Em outro trabalho em 1802, “Tratado prático das doenças dos dentes” Hunter propôs uma classificação das doenças periodontais que identificavam processos inflamatórios na gengiva como importantes fatores da destruição do osso alveolar.

Embora naqueles dias houvessem alguns médicos-dentistas, é conveniente lembrar que até o início do século XIX, a maioria dos tratamentos dentários na Europa era feita por barbeiros-cirurgiões, cirurgiões de mercado e ferreiros de vilas. O tratamento se limitava a extrações dentárias, bochechos com uma série de tinturas e prescrição de várias orientações de higiene alimentar. As doenças periodontais eram essencialmente incuráveis.

Em 1882 Riggs publicou um artigo intitulado “Piorréia alveolar”, (1882), no qual ele coloca como responsável pelas doenças da gengiva e do osso os depósitos de cálculo e outros corpos estranhos que causassem aspereza na superfície dentária. Relata ainda neste artigo que a remoção meticulosa de tais fatores poderia curar a piorréia alveolar. Ele estava convencido que a doença era local e que piorréia alveolar iniciava com inflamação da gengiva, a qual por extensão apical atingia o osso alveolar, levando a formação de bolsa, aumento da mobilidade dental e perdendo o suporte dos dentes.

Embora a ênfase nos fatores locais era o principal enfoque nos Estados Unidos, a noção de que a doença periodontal poderia ser influenciada por deficiências nutricionais e desequilíbrios bem como uma gama de outros fatores menos definidos dominava a discussão na Europa. Muitos desses debates eram caracterizados por trocas de opiniões baseadas em experiências pessoais e empirismo. Tendo o microscópio sido inventado e desenvolvido durante o século XVII, conhecimentos específicos baseados em evidências científicas experimentais eram raros ou inexistentes. É válido lembrar, contudo, que isto não ocorria apenas na área da periodontologia ou da odontologia, mas sim na medicina em geral (Entralgo, 1978).

Provavelmente nenhum outro evento nas ciências biomédicas teve maior impacto na promoção do conceito de etiologia cientificamente provada das doenças humanas que a história ocorrida de Maio a Junho de 1881, em uma fazenda em Pouillé-leFort na França. Este foi o período em que Pasteur, L. primeiramente vacinou 24 ovelhas contra anthrax e deixou outras 24 sem tratamento; então inoculou todos os 48 animais com uma dose letal de bacilos anthrax virulentos, e finalmente, se deparou com 24 ovelhas mortas (não vacinadas) enquanto que as 24 vacinadas gozavam de perfeito estado de saúde. Os microrganismos e seu papel na doença tinham sido descobertos.

A primeira tentativa em relatar a relação de germes com doenças bucais foi feita por Miller, W.D. em 1889 quando ele conduziu uma série de estudos de microrganismos salivares, suas habilidades em produzir ácidos orgânicos através de fermentação e sua relação à dissolução do esmalte dentário (Löe, 1993). Este trabalho levou à formação da teoria bactéria-química para a formação de cáries. Miller foi também o primeiro a investigar a relação entre bactéria e doença periodontal. Em seu texto publicado, ele (Miller, 1889) claramente aponta a bactéria como tendo um importante papel em estágios avançados da patologia periodontal:

“De acordo com a concepção, a piorréia alveolar não é causada por uma específica bactéria, a qual ocorre em todos os casos (como ocorre na tuberculose), mas várias bactérias podem participar, ... Além disso, até onde sabemos, não há bactéria que, inoculada sob a gengiva, seja capaz de provocar a doença em pessoas saudáveis.”

Apesar de não ter argumentos que pudessem provar sua teoria, seu trabalho foi um passo significativo em direção ao concerto de se relacionar uma microflora patogênica com a doença periodontal.

Em 1911 Hunter, W. (1911) desenvolveu a teoria da “infecção focal”, na qual ele acreditava fortemente que as infecções sépticas na gengiva e no periósteo constituíam uma grande fonte de contaminação ao organismo. Neste raciocínio foram relacionadas várias doenças como problemas faríngeos e gástricos, incluindo dispepsia, úlcera, enterite e colite; incluíam-se também anemia, artrite, nefrite e doenças do sistema nervoso. Como consequência, durante as primeiras décadas deste século, milhões e milhões de dentes foram removidas sem uma boa razão a não ser que lesões periodontais e polpas necróticas eram focos patológicos de risco de vida.

A ausência de um conceito única para as causas da doença periodontal criou nada menos que um lodaçal de informações e as falhas nas ações preventivas e terapêuticas em produzir os resultados esperados geravam uma profunda insegurança profissional. A disciplina clínica de Periodontologia estava em confusão.

Foram destas confusões e crises, e deste labirinto de contradições e meias-verdades que a escola Escandinávia, liderada pelos trabalhos de Waeraugh (1952) no início dos anos 50 iniciou o que seria uma revolução na pesquisa periodontal, onde o principal resultado foi a concordância entre a teoria e a prática clínica. O conceito científico básico foi a importância da placa bacteriana na etiologia da doença periodontal e a evidência que prevenindo a formação de placa evitaria a destruição dos tecidos periodontais.

Estudos epidemiológicos (Lodval et al, 1958) (Russel, 1967) (Schei e cols.,1959) exibiram uma forte associação entre higiene oral e a patologia periodontal, e estudos clínicos (Löe et al, 1965) demonstraram conclusivamente que as lesões periodontais eram causadas por bactérias colonizando as superfícies gengivais e subgengivais dos dentes.

O fato de que as doenças periodontais eram doenças infecciosas causaram as principais mudanças nas suas condutas clínicas e intensificaram a pesquisa a demonstrar mais amplamente o processo da doença (Schultz, 1954), a identificar as bactérias patogênicas e a esclarecer as interações entre o hospedeiro e o agente infeccioso (Genco, 1992).

Deve-se admitir que detalhes da história destas doenças ainda não têm solução e que ainda existem faltas de conteúdo em alguns conhecimentos da microbiologia, imunologia e respostas teciduais durante a saúde periodontal e a doença. Contudo, a compreensão das causas e das características das doenças alcançaram um estágio no qual, por várias décadas tem sido possível formular conceitos racionais em relação ao tratamento das doenças periodontais.

Existe agora aceitação geral que a gengivite é a lesão inicial no desenvolvimento da periodontite crônica e que ela representa o estágio inicial no processo que leva a destruição avançada do periodonto. Isto não significa que todos os casos de gengivite levam à periodontite. Contudo, se a periodontite existe, ela é precedida pela gengivite. Este é um importante conceito; é intrinsecamente lógico dizer que a prevenção da gengivite irá prevenir o desenvolvimento da periodontite (Clark & Löe, 1993).

2.2.1 Doença Periodontal

As doenças periodontais são um grupo de condições patológicas do periodonto marginal as quais são atualmente consideradas como sendo infecciosas quanto à causa e inflamatórias na natureza (Clark & Löe, 1993).

Uma classificação clínica destes processos está baseada no envolvimento topográfico da resposta inflamatória: a superfície gengival como gengivite ou o aparelho de inserção mais profundamente (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) em periodontite. Reconciliar as observações clínicas e o crescente conhecimento em termos de etiologia e patogênese representa um formidável desafio para clínicos e pesquisadores em busca de um melhor diagnóstico e conduta terapêutica para este grupo de doenças (Carranza & Newman, 1997).

A importância da descrição das mudanças patológicas associadas com as doenças periodontais há muito tempo tem sido reconhecida, sendo que algumas características estão solidamente estabelecidas (Moskow & Polson, 1991):

- Presença e eventual migração apical de uma inserção epitelial;
- Presença e eventual aprofundamento de um infiltrado inflamatório subjacente ao epitélio juncional;
- Presença e eventual colapso das fibras do tecido conjuntivo ancoradas ao cimento radicular;
- Presença e eventual reabsorção da porção marginal do osso

alveolar.

As mudanças inflamatórias têm uma tendência a progredir da gengiva às estruturas mais profundas do aparelho de inserção. Formas superficiais de doença periodontal estão limitadas à gengiva. Em fato foi observado que não importando o quão intenso esteja o infiltrado inflamatório, as fibras transseptais supracristais sempre estão presentes. Este achado foi interpretado como um mecanismo de proteção ao infiltrado inflamatório oferecido pelas fibras do tecido conjuntivo ao osso alveolar subjacente. Somente em lesões avançadas que a extensão do infiltrado inflamatório para dentro do ligamento periodontal e do osso alveolar foi descrito. Um conceito clínico e patológico foi então desenvolvido o qual indicou que a gengivite e a periodontite são duas entidades patológicas, uma sendo a extensão da outra (Buckley & Crowley, 1984).

2.2.2 Alterações Histopatológicas

Logo após o estabelecimento de um elo experimental entre inflamação gengival o acúmulo de placa pelo clássico estudo de Loe e cols. (1965), as alterações histopatológicas associadas com a gengivite e com a periodontite foram o objeto de uma série de investigações conduzidas nos anos 70. Em 1976, Page e Schroeder sistematizaram as evidências clínicas e histopatológicas da doença periodontal e definiram quatro estágios histológicos durante as mudanças que ocorrem na inflamação periodontal: as lesões

gingivais inicial, precoce e avançada e a lesão periodontal avançada.

A lesão inicial aparece dentro de 4 dias de acúmulo de placa, não sendo clinicamente visível (Løe et cols., 1965) e é caracterizada por uma resposta inflamatória aguda ao acúmulo de placa. As principais características consistem de um aumento no fluxo do fluido crevicular, e a migração de leucócitos polimorfonucleares (LPMN), do plexo vascular subjacente aos epitélios juncional e sulcular. O infiltrado inflamatório ocupa 5 a 10 % do tecido conjuntivo abaixo destes epitélios; perda de colágeno é encontrada na área do infiltrado inflamatório.

Seguindo aproximadamente 7 dias de acúmulo de placa um infiltrado inflamatório dominado por leucócitos mononucleares se desenvolve: a lesão precoce. Linfócitos e macrófagos são as células predominantes com a presença de plasmócitos esparsos localizados na periferia da lesão. Neste estágio o infiltrado compreende mais ou menos 15% do tecido conjuntivo gengival com uma destruição de colágeno na área do infiltrado alcançando 60 a 70%. As mudanças inflamatórias já são visíveis clinicamente. Depois de 2 a 3 semanas de acúmulo de placa, a lesão precoce evolui para a lesão estabelecida. Esta é caracterizada por um posterior aumento no tamanho da área afetada e uma predominância de plasmócitos e linfócitos B na periferia da lesão; macrófagos e linfócitos são detectados na lâmina própria da bolsa gengival. Um infiltrado neutrofílico proeminente dos epitélios juncional e sulcular está presente (Løe et cols., 1965).

Mais recentemente, em um estudo experimental longitudinal extenso sobre acúmulo de placa em humanos adultos, Brex et al (1988) demonstraram

que durante um período de seis meses de higiene oral negligenciada, granulócitos e linfócitos predominaram. Durante este período a fração de infiltrado inflamatório de plasmócitos no tecido conjuntivo aumentou continuamente enquanto houve uma significativa diminuição de fibroblastos e do volume de densidade de colágeno. Depois de seis meses de higiene oral negligenciada a fração de plasmócitos atingiu apenas 10% do total do infiltrado celular e então não representa o tipo celular predominante. Estes autores também estudaram a cinética associada a resolução da gengivite por meio de uma prolongada higiene oral ótima. Após seis meses de higiene oral perfeita mais nenhum plasmócito foi detectado (*Op cit*). Estes estudos parecem indicar que o momento das mudanças histológicas associadas com o acúmulo de placa pode ser significativamente diferente em humanos (adultos e adolescentes) e animais.

Com respeito a outros parâmetros inflamatórios, interessante as mudanças edematosas clinicamente associadas com inflamação não parecem estar acompanhadas por um aumento no volume microvascular por unidade de tecido conjuntivo, isto é, densidade microvascular (Brecx e cols., 1987).

As características histopatológicas da conversão de uma lesão gengival estabelecida em uma periodontite avançada foram investigadas. A lesão avançada é caracterizada pela presença de todas as características de uma lesão gengival estabelecida acompanhada por destruição da inserção radicular do tecido conjuntivo e migração apical do epitélio juncional (Lindhe e cols., 1980). A presença de semelhanças histopatológicas no infiltrado inflamatório entre lesões gengivais estabelecidas estáveis e lesões

periodontais avançadas têm estimulado investigadores a procurar diferenças qualitativas ou quantitativas que envolvam a determinação de progresso para uma lesão destrutiva.

Zoelner e Hunter (1991) recentemente relataram a presença de diferenças extensas na vascularização entre lesões gengivais e periodontais caracterizadas pelo aumento do diâmetro das vênulas endoteliais. Estes autores sugerem que as mudanças vasculares observadas podem contribuir com a destruição tecidual nas periodontites.

Baseados na mudança de conceitos no progresso da doença periodontal destrutiva as observações citadas anteriormente no infiltrado inflamatório tem sido recentemente complementadas por Zappa e cols.(1992). Estes investigadores relataram um aumento numérico nas células inflamatórias no infiltrado supracristal de sítios com destruição progressiva em comparação a sítios estáveis. Análises subsequentes indicaram um aumento significativo no número e porcentagem de macrófagos plasmócitos mastócitos e linfócitos. Além disso, um decréscimo significativo no número e porcentagem de fibroblastos foi observado nos sítios progressivos.

Recentemente Moskow e Polson (1991) indicaram que os estudos histopatológicos mais recentes de doenças periodontais aceitam o paradigma que as lesões inicial, precoce, estabelecida estão confinadas à gengiva e consequentemente investigaram somente biópsias em tecidos moles. Eles reexaminaram uma série de secções humanas mandibulares compreendendo situações clínicas diferentes. Os resultados desta investigação sugerem que a lesão inflamatória pode se estender para o interior dos processos alveolares e

provocarem uma resposta, freqüentemente antes de evidências de reabsorções na crista óssea ou que tenha ocorrido perda de inserção de tecido conjuntivo. Se confirmado, estas observações devem requerer uma substancial re-interpretação dos conceitos histopatológicos atuais de periodontite destrutiva marginal e da relação entre gengivite e periodontite.

2.2.3 Conceitos Atuais

As evidências experimentais recentes sobre a etiologia e a patogênese da doença periodontal indicam se tratar de uma doença complexa, multifatorial, causada por bactéria e caracterizada por um intenso infiltrado inflamatório (Genco & Slots, 1984) (Page, 1991) (Socranski & Hafajee, 1992).

Poucas espécies bacterianas são consideradas como tendo um papel causal verdadeiro, enquanto muitas são consideradas como sendo participantes “inocentes” as quais ocupam o nicho periodontal ecológico possivelmente em resposta a mudanças no microambiente produzido pelo processo da doença. Não está claro se há ou não e em que extensão o colapso do aparato de inserção pode ser devido há ação patogênica direta dos microorganismos ou de seus produtos. Diversas amostras de patógenos patogênicos têm mostrado possuir fatores virulentos condizentes com a destruição periodontal (Clark & Löe, 1993).

Respostas inflamatórias do hospedeiro aparentemente representam um papel fundamental na defesa do hospedeiro e também como mediadores como pelo menos parte da destruição observada. Os leucócitos

polimorfonucleares provavelmente representam um papel principal nas defesas do hospedeiro. Mecanismos que levam a destruição mediada pela resposta imune ainda não estão claramente entendidos hoje em dia; mecanismos potenciais têm contudo sido identificados. Os mecanismos que levam ao progresso ou à estabilidade de uma lesão ainda não estão bem definidos. É de consenso que combinações de mais de um mecanismo patológico podem representar papéis importantes na destruição tecidual. Nenhuma relação muito clara tem sido estabelecida entre os mecanismos patofisiológicos e os padrões de progressão clínica da doença. É provável que a definição clínica de progresso possa influenciar resultados de estudos objetivando estabelecer os mecanismos patofisiológicos (Genco & Slots, 1984).

É muito provável que fatores ambientais e genéticos específicos determinem a suscetibilidade tanto do sítio quanto do indivíduo a colonização por uma flora patogênica, para o desenvolvimento de infecção e para uma resposta inflamatória destrutiva. Evidência na suscetibilidade do sítio e do indivíduo acumula-se rapidamente (Genco, 1992).

Alem do aspecto específico da doença em si, é de consenso que as doenças sistêmicas podem causar impacto sobre o periodonto, assim como a doença periodontal também possui o potencial de causar alterações sistêmicas (Segura e cols., 2001).

Pode-se também incluir neste emaranhado de fatores etiológicos da doença periodontal a influência do estresse no cotidiano, avaliando-se as informações pertinentes ao comportamento dos indivíduos e a condição clínica do periodonto (Machado e cols., 2001).

Mais pesquisas são necessárias para que se possa obter um melhor entendimento dos fatores multifatoriais das doenças periodontais, e dos reais mecanismos que levam a destruição do aparelho de inserção. Tal conhecimento irá aumentar as condições de desenho das ferramentas de diagnóstico e de melhorar as condições atuais de tratamento.

2.2.4 Mecanismos de Início e Progresso da Doença Periodontal

Os mecanismos de início e progresso da doença periodontal são importantes para entender a biologia da doença. Está bem estabelecido que irritantes bacterianos das placas supra e subgengival são essenciais para o desenvolvimento e manutenção da gengivite e periodontite. Talvez mais importante ainda, contudo, é um entendimento do início da doença e de seu progresso e as suas dificuldades em diagnosticá-la. O conhecimento do progresso da doença é muito importante para o estabelecimento do prognóstico e para avaliar os resultados da terapia pelo simples fato de que não é pelo estado atual da inserção periodontal mas sim pelas mudanças do seu estado atual para o próximo. Quando dados atuais e passados podem ser usados para se prever as futuras mudanças na atividade da doença, o início e o progresso da doença periodontal serão melhor entendidos e é esperado que isto aumente a capacidade de diagnosticar e tratar lesões progressivas e de avaliar os resultados da terapia periodontal (Clark, 1993).

Até recentemente, os conceitos dos mecanismos de início e progresso da doença periodontal foram originados de estudos epidemiológicos realizados

de 30 a 40 anos atrás. Baseados nestes estudos a doença periodontal era definida como uma doença placa dependente que começava com gengivite associada com higiene oral pobre, afetava a maioria das populações adultas após a idade de 35 a 40 anos e gradualmente se tornava pior com a idade. Uma vez que a doença iniciava, era imaginado que sem tratamento interventivo ela manteria um caráter destrutivo lento e progressivo. A perda de inserção foi definida como sendo aproximadamente de 0,1 a 0,2 mm por superfície dentária por ano (Waerhaug, 1952). Então, sem tratamento um modelo gradual e contínuo de progressão da doença durante toda a vida era imaginado como sendo a descrição da doença periodontal. Durante os últimos 20 ou 30 anos, este conceito de um modelo de progressão da doença universal, crônico e contínuo influenciou profundamente o diagnóstico e o tratamento da doença periodontal. Desde os anos 70, melhoramentos nos métodos de análise trouxeram resultados que tem desafiado estes conceitos antigos sobre a natureza das doenças periodontais.

Hoje sabe-se que tanto a gengivite como a periodontite são infecções placa dependentes. Ainda não é possível prever com certeza quais pacientes com gengivite irão desenvolver periodontite destrutiva. Dependendo do nível dos cuidados profissionais, cuidados pessoais e também de outros fatores como (fumo, susceptibilidade genética à doença periodontal e doenças sistêmicas que possam predispor à doença periodontal) ela pode iniciar-se cedo na vida, embora o progresso pareça se acelerar com o passar do tempo. Na maioria dos indivíduos, a perda de inserção conjuntiva e osso alveolar aumenta com a idade contudo, dentro de cada grupo etário apenas uma

pequena porcentagem de indivíduos é afetada por uma perda avançada de inserção periodontal ou osso alveolar. Destes afetados por doença severa, muitos são afetados apenas em poucos sítios, embora poucos indivíduos exibam perda generalizada de inserção. Apesar do nível prévio dos cuidados dentais na população, os dados de que dispomos hoje em dia sugerem que a proporção de indivíduos com doença periodontal severa varia entre 7% a 15% (Genco, 1992).

O melhor modelo de progressão da doença ainda não foi encontrado. A hipótese dos surtos para o progresso da doença periodontal ainda deve ser provado como correto. Embora alguns dados suportam esta hipótese, nos últimos anos têm crescido um certo número de críticas por vários investigadores, e diversos modelos alternativos de progressão da doença tem sido propostos. Talvez o teste que mais restrinja os modelos de progressão da doença periodontal seja a habilidade em prever as mudanças futuras na inserção periodontal ou no osso alveolar. Estabelecer qual modelo ou modelos melhor descrevem a progressão da doença periodontal irá requerer estudos longitudinais contínuos por muitos indivíduos. As diferenças observadas na proporção de progresso e prevalência da doença destrutiva vistas nas diferentes populações sugere que deve ser importante monitorar diferentes populações com diferentes fatores de risco. Talvez modelos diferentes operem em diferentes indivíduos ou populações. Enquanto os resultados de estudos mais conclusivos estão sendo esperados não seria conveniente aplicar mudanças radicais nas condutas clínicas das doenças periodontais. Embora os dados destes estudos e de outros suportem o conceito que nem toda gengivite

leva a uma periodontite destrutiva, o controle de placa para prevenir ou reduzir a gengivite é ainda a única maneira de prevenir a iniciação ou recorrência da periodontite e está baseado em muitos anos de pesquisas sólidas e de experiências clínicas obtidas pela profissão (Clark, 1993).

2.2.5 Gengivite

A gengivite causada por placa bacteriana é a forma mais prevalente e comum da doença periodontal (Figura 3). A etiologia por placa bacteriana foi convincentemente demonstrada pelos estudos clássicos de gengivite experimental em humanos (Löe et al, 1965) (Theilade et cols., 1986), os quais têm sido duplicados várias vezes. Estes estudos mostraram que, em pessoas saudáveis, a gengivite sempre se desenvolve quando a placa se acumula e é sempre reversível pela remoção da mesma (placa).

Clinicamente, a gengivite tipifica inflamação de qualquer superfície de recobrimento. O contorno normal, firme e regular da gengiva muda para um volume aumentado em vários graus de edema ou de fibrose em muitos casos de longa duração ou, em certos casos, modificado por condições sistêmicas. Em indivíduos da raça branca a coloração rósea normal muda para avermelhada ou vermelho-azulada. Em indivíduos da raça negra, a mudança de coloração pode não ser tão óbvia mas, dependendo da intensidade da pigmentação normal, pode ser observável como uma profunda descoloração vermelho-azulada junto com o edema que detectável por palpação. As mudanças mais precoces a partir do normal podem não ser visíveis, mas a

permeabilidade vascular aumentada é expressa pelo fluido gengival crevicular, o qual pode ser coletado da margem gengival (Egelberg, 1966).

Embora algumas pessoas questionem se a gengivite deveria ser considerada uma doença periodontal, desde que ela por si só não causa destruição de quantidade significativa de suporte periodontal ou mortalidade dentária, muitas pessoas concluíram o oposto (Page, 1986) (Ranney, 1986). Uma frustração clínica contemporânea, contudo, é a de não existir, atualmente, métodos de se diferenciar uma gengivite estável de uma gengivite que está progredindo ou irá progredir para uma periodontite destrutiva. Mesmo uma biópsia não nos daria com clareza uma resposta a esta questão crítica.

As características essenciais da gengivite associada à placa bacteriana são, então, uma causa bacteriana não específica, sinais clínicos de inflamação, limitação à gengiva, incerteza da progressão e reversibilidade pela remoção das bactérias causais. A gengivite associada à placa bacteriana pode ser prevenida evitando-se o seu acúmulo na superfície dos dentes.

Figura 3: Gengivite



2.2.6 Periodontite

Distinguindo-se da gengivite, a periodontite é a inflamação que se estende para as estruturas periodontais abaixo da gengiva, produzindo uma perda de tecido conjuntivo de inserção do dente (Figura 4).

Figura 4: Periodontite



A mais prevalente forma de periodontite, a periodontite do adulto, tem o seu início de expressão significativa na idade adulta, geralmente tendo significado clínico após os 30 anos de idade. Sua expressão não depende de anormalidades sistêmicas. A periodontite, indubitavelmente requer uma gengivite precursora, mas estudos em humanos e animais indicam que nem toda gengivite progride para uma periodontite.

A periodontite do adulto é causada por fatores ambientais locais constituídos por uma flora bacteriana e fatores retentivos para bactérias. A enumeração de espécies bacterianas específicas tem sido considerada como uma ferramenta potencial para o diagnóstico diferencial entre as doenças periodontais. Necessita-se de testes que mostrem se a doença está

progredindo ou irá iniciar ou progredir no futuro. Infelizmente, os resultados atuais não mostram consistentemente associações significantes de espécies bacterianas com episódios de progressão (Moore et cols., 1991) (Ranney, 1989).

2.3 Saúde Bucal, Doença e Qualidade de Vida

Inicialmente elucidam-se conceitos como doença, saúde bucal e qualidade de vida. Esta é seguramente uma tarefa que dá origem a debates, com algumas razões para que isto ocorra:

Em primeiro lugar, conceitos de saúde e qualidade de vida são evasivos e abstratos; enquanto intuitivamente sabe-se o que eles significam, são difíceis de se definir. Em segundo lugar, eles se referem a fatores multidimensionais, complexos e não tão bem demarcados. Terceiro, eles se referem a fatores os quais são predominantemente subjetivos quanto ao seu caráter. Quarto, eles estão constantemente evoluindo, então o que se entende por saúde hoje pode ser diferente de como se entenderá saúde amanhã; e finalmente, o que se entende por saúde e qualidade de vida pode variar de acordo com os contextos social, cultural, político e prático nos quais os conceitos estão sendo operacionalizados e medidos. Isto é, definições de saúde e qualidade de vida necessariamente envolvem julgamentos pessoais e sociais sobre o que é normal ou o que é válido e estão altamente imbuídos de valores (Locker, 1997).

2.3.1 Doença e Saúde

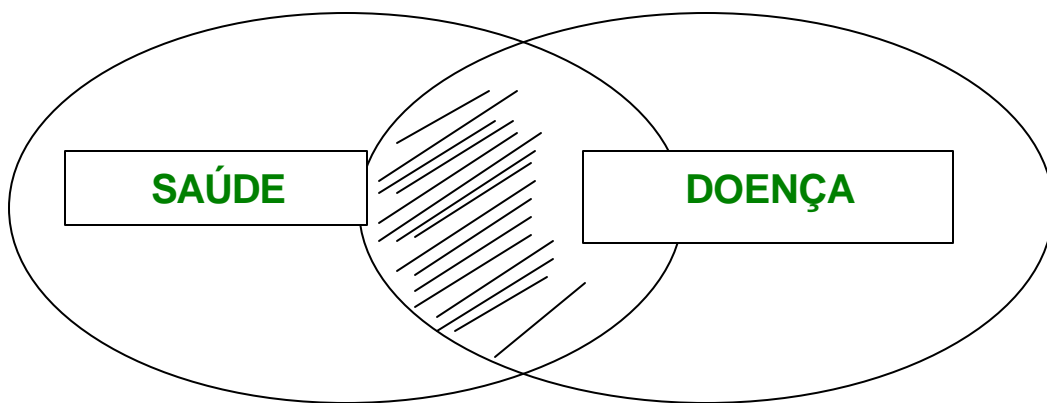
Inicialmente é necessário traçar as distinções fundamentais entre doença e saúde. Isto foi inicialmente articulado pela definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 a qual seria “o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades” (Locker, 1988). De acordo com a OMS doença pode ser definida como “processos patológicos os quais afetam a integridade biológica e funcional do nosso corpo”. Definida como tal, este é um conceito biológico o qual se aplica a corpos, partes de corpo, sistemas e tecidos. Isto pertence ao paradigma médico com seu foco nos agentes etiológicos, parâmetros psicológicos e impactos clínicos (Wilson & Cleary, 1955).

De certa importância teórica e prática é a relação entre doença e saúde e “má-saúde”. Como a Figura 5 indica, doença e saúde não são pontos de um contínuo mas sim dimensões independentes da experiência humana. Conquanto que se relacionem entre si no sentido de que se sobrepõem, eles não são necessariamente coincidentes e podem ser experimentados separadamente. Quer dizer, doença não infringe necessariamente sobre saúde e “saúde pobre” pode não ter suas origens em condições patológicas. De fato, este modelo indica que doença é apenas uma das muitas ameaças sobre a saúde (Locker, 1997).

Saúde, portanto, poderia-se definir segundo Locker (1997) como “uma experiência individual subjetiva sobre o seu bem estar funcional, social e psicológico”. Consequentemente, ele se refere sobre as experiências

individuais sobre os corpos e sobre si mesmos e as conseqüências destas experiências no dia a dia. Como tal, é um conceito sociológico e psicológico que se aplica as pessoas e as populações. Este conceito pertence ao paradigma socioambiental e leva ao desenvolvimento de maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos.

Figura 5: Relação entre saúde e doença



Fonte: LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. In: SLADE, GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997, p. 15, fig. 2.1

2.3.2 Implicações Sobre a Distinção de Conceitos

Esta distinção entre doença e saúde tem outras importantes implicações. Primeiro, ela pode ser usada para avaliar definições atuais de saúde bucal. Yewe-Dwyer (1993, p.225) definiram saúde bucal da seguinte maneira:

“Saúde bucal é um estado da boca e de suas estruturas associadas

aonde a doença está contida, futuras doenças estão inibidas, a oclusão é suficiente para mastigar alimentos e os dentes estão em uma aceitável aparência social.”

Enquanto que esta definição faz referência a conceitos funcionais e sociais, e, assim fazendo tenta cruzar a separação entre os paradigmas médico e socioambiental da saúde, na realidade ele está muito mais para o primeiro que para o segundo. Isto é, saúde é conceituada como ausência de doença e o foco permanece predominantemente na boca do que na pessoa em si.

Uma definição alternativa, a qual mais aproximadamente reflete o pensamento atual, foi recentemente apresentada por Dolan (1993). Ela define saúde bucal como “uma dentição confortável e funcional a qual permite aos indivíduos prosseguir em seu almejado papel social”. Ao identificar conforto, função e papéis sociais como componentes-chave, esta definição está localizada dentro do verdadeiro âmago da saúde e é preferencialmente relacionada com a pessoa do que com a boca.

Uma segunda implicação destas definições, é que, em se estudando doenças bucais e seus impactos existem dois níveis de análises. Existem análises ao nível do corpo, personificadas por pesquisas atuais investigando as relações recíprocas entre doenças bucais e doenças de outras regiões do corpo; e análises ao nível da pessoa, personificadas pelas pesquisas que documentam a extensão na qual as desordens orais comprometem a saúde e o bem estar. Estes níveis de análise são freqüentemente confusos nos discursos atuais de saúde bucal (Slade, 1998).

Contudo, uma posterior implicação destas definições de doença e

saúde é que a idéia de saúde bucal em si é problemática desde que ela incorpora alguma coisa como que de um conceito de anomalia. Uma maneira de ilustrar esta anomalia é a seguinte: Uma questão que quase invariavelmente aparece em pesquisas sobre saúde bucal é: Como você classificaria a saúde dos seus dentes e boca – excelente, muito boa, boa, razoável, ruim? Esta é uma questão a qual toca percepções de saúde bucal e é muito útil e analiticamente muito forte (Locker, 1997).

O ponto de vista em questão é que convencionalmente não se condiciona o conceito de saúde a nenhuma outra parte do corpo a não ser a cavidade oral e, com certeza, pareceria um tanto quanto ridículo fazê-lo. De acordo com as definições apresentadas anteriormente, a cavidade oral como uma estrutura anatômica não pode ser saudável ou doente, apenas as pessoas é que o podem. Conseqüentemente, a distinção que é sempre feita ou implicada entre saúde geral e saúde bucal é injustificável; isto não tem nenhum fundamento biológico, não é conceitualmente lógico. Preferencialmente, isto deveria ser visto como nada mais do que uma distinção organizacional que surgiu de um “acidente” histórico. Embora isto seja freqüentemente reconhecido na literatura, ocorre que o uso de linguagens e conceitos sobre saúde geral e oral sugerem o oposto, isto é, de que eles se constituem de domínios separados e distintos. Esta é uma outra fonte de confusão e ambigüidade nas discussões atuais (Slade, 1998).

O que então se deve fazer com o conceito de saúde oral dado que é um tanto quanto anômalo e ainda tão presente em pesquisas e atividades práticas? Talvez não se precise fazer nada mais do que estar certo de que,

quando se fala sobre saúde oral, o foco não se localiza na cavidade oral em si mas no indivíduo e no modo como as doenças ou desordens orais se confinadas a cavidade oral ou ligadas a outras condições médicas, ameaçam a saúde, o bem estar e a qualidade de vida. Neste raciocínio as doenças ou desordens orais não são diferentes das doenças ou desordens que afetam outras regiões do corpo (Locker, 1997).

Pelo que já se expôs até o presente momento, a questão “O que é saúde bucal?” poderia ser reduzida por “O que é saúde?”.

2.3.3 Qualidade de Vida

A próxima questão que se poderia considerar é: O que é qualidade de vida e este conceito é distinto do conceito de saúde? Qualidade de vida é um termo que é freqüentemente usado na literatura médica e de ciências sociais e pode ser caracterizado como um tanto vago, amorfo e etéreo. O termo qualidade de vida relacionada à saúde foi cunhado para dar precisão ao uso muito abrangente do termo qualidade de vida dentro dos contextos médicos (Albrecht et al, 1993) (Patrick, 1994). O problema, é lógico, está na noção de qualidade de vida por si só. Como foi definido por Andrews e Witney em 1976, “a medição de qualidade de vida poderia envolver a medição de praticamente tudo que é de interesse a qualquer pessoa”.

Qualquer um que se detenha em revisar a literatura sobre qualidade de vida irá perceber que existem diferentes abordagens para esta questão, muitas definições (algumas objetivas outras subjetivas) e muitas formas de se

operacionalizar e de se medir este conceito. A falta de um consenso no que se refere a definição e a medição, a despeito de cinquenta anos de pesquisa e literalmente milhares de artigos acadêmicos, e o papel fundamental da validade em se determinar a qualidade de vida, leva a inevitável conclusão que o conceito tem significado somente a um nível pessoal (Slade, 1998).

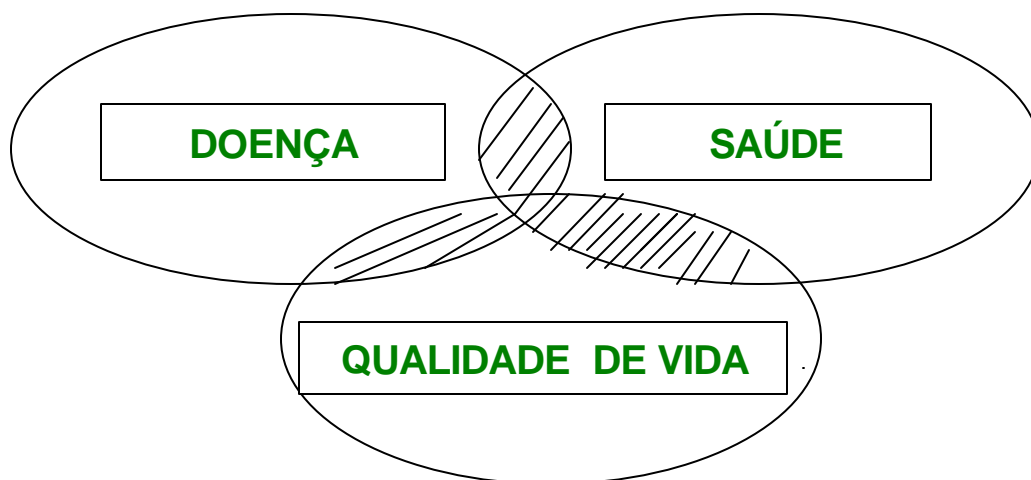
Uma definição de qualidade de vida que adota esta posição e é consistente com promoção de saúde na teoria e na prática, foi recentemente desenvolvida pelo Centro de Promoção de Saúde da Universidade de Toronto (Raphael, 1994). Afirma-se que: “qualidade de vida está relacionada com o grau com que uma pessoa aprecia as importantes possibilidades de sua vida”. A definição pode ser simplificada para “O quão boa é sua vida para você?”. Esta definição é muito diferente do que se poderia chamar de “baseada-em-atributos” ou conquistas objetivas que define qualidade de vida em termos de posseção de certos atributos como uma renda adequada, suporte social e um importante emprego. Esta é uma definição que respeita a autonomia individual e admite que os pacientes possam prover informações sobre o que está de acordo com os seus melhores interesses.

2.3.4 Relação entre Saúde e Qualidade de Vida

Também de interesse é a relação entre saúde e qualidade de vida (Locker, 1988). Em algumas definições e medições, os dois termos são sinônimos, tanto que as medições de qualidade de vida são indistinguíveis em termos de seus domínios constituintes das medições de saúde.

A despeito disto, existe um crescente reconhecimento de que qualidade de vida refere-se a algo mais amplo que saúde. Existem então justificativas teóricas e empíricas para que se possa representar a relação entre as duas de acordo com a Figura 6. O que este simples modelo sugere é que enquanto que condições clínicas e problemas de saúde possam causar impacto na qualidade de vida, não é obrigatório que isto aconteça. Enquanto que freqüentemente assume-se que uma saúde pobre significa uma pobre qualidade de vida, muitas pessoas com desordens crônicas debilitantes classificam sua qualidade de vida mais altamente que as saudáveis. Alguns estudos recentes sobre qualidade de vida de pessoas idosas têm também indicado que, em se falando sobre qualidade de vida, eles mencionam saúde mas não a consideram como sendo o fator mais importante (Locker & Slade, 1993) (Locker & Jokovic, 1997) (Slade et cols., 1996) (Strauss & Hunt, 1993).

Figura 6: – Relação entre saúde, doença e qualidade de vida



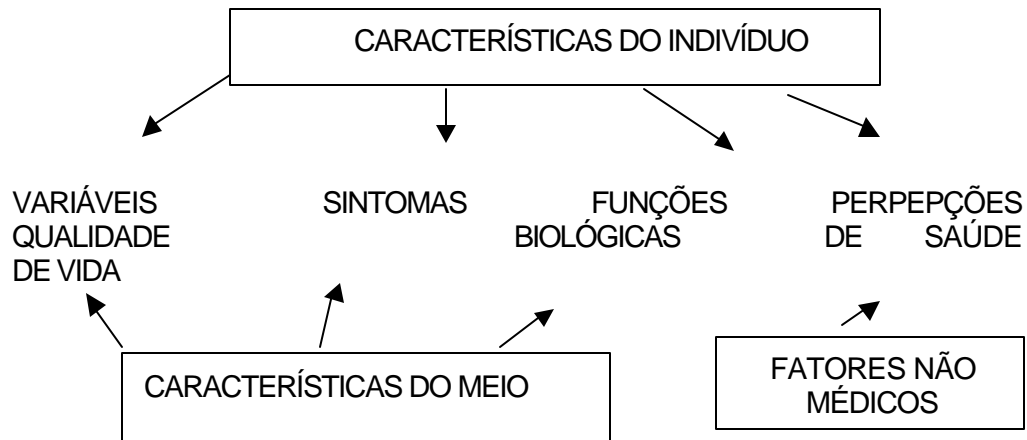
Fonte: LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. In: SLADE, GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997, p. 20, fig. 2.2

Wilson e Cleary (1955) (Figura 7) desenvolveram um modelo que engloba doença, saúde e qualidade de vida, tornando explícito as principais relações causais entre elas e designa um papel de mediador para as características pessoais e as características do meio no qual o indivíduo vive.

Consequentemente, como outros modelos deste tipo, este modelo liga conceitos biofísicos com impactos sociais e psicológicos e dá uma base para que se explore a associação entre ambos. Outra vantagem deste modelo é que por identificar os meios físico, social e econômico como influência importante nesta seqüência causal, ele dá uma ponte teórica entre os conceitos biomédico e socioambiental de saúde e de modos de pensamento. Como tal, ele oferece o que Engel (1977) chamou de perspectiva biopsicosocial.

Existem evidências de estudos na medicina e na odontologia da utilidade de modelos como este. Por exemplo, um recente estudo usando o “Perfil do Impacto da Saúde Bucal” demonstrou que os impactos psicossociais da perda de dentes eram influenciados por fatores como saúde geral pobre, status socioeconômico baixo, *stress* e idade (Locker, 1997). Posteriores explorações deste tipo de modelos com respeito a condições orais deveriam ser consideradas como uma prioridade.

Figura 7: Ligações entre variáveis clínicas e qualidade de vida



Fonte: LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. In: SLADE, GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997, p. 21, fig. 2.3.

2.4 Medidores do Impacto da Saúde Bucal

A maioria das conseqüências dos problemas bucais abrange não somente a saúde física mas também o bem estar econômico, social e psicológico dos indivíduos (Yewe-Dwyer, 1993). Não obstante, seu verdadeiro impacto nos indivíduos nunca foi adequadamente avaliado assim como sua implicação na sociedade (Chianca et cols., 1999).

Na década de 80, o impacto social das enfermidades bucais começou a ser avaliado de uma forma bastante genérica. Surgiram os indicadores de nível macro que buscavam documentar o custo econômico, social e político das manifestações de desordens bucais. Tais indicadores se baseavam em dias de trabalho perdidos, dias de ausência escolar e dias com redução de atividades,

refletindo a redução do desempenho do indivíduo no trabalho devido a enfermidades bucais (Chianca et cols., 1999).

Reisine (1985), em um artigo publicado em 1985, buscou comparar as conseqüências das desordens bucais da sociedade com as de outras condições patológicas, tais como desordens gastrointestinais e genitourinárias. O estudo concluiu que outras condições patológicas ocorrem com mais freqüência que as dentais, mas o indivíduo permanece menos tempo privado de exercer suas funções normais. Problemas dentários agudos podem apresentar impacto similar a condições como neoplasias e derrames (sem levar em consideração a severidade da enfermidade), já que os dias de trabalho perdidos por jovens, em fase de produtividade, são mais freqüentes por problemas bucais. Neste mesmo artigo, Reisine apresenta outro estudo que incluiu 2541 pessoas empregadas na área de Hartford (Connecticut-EE.UU.). Ela conclui que, individualmente, o número de horas perdidas de trabalho devido a problemas relacionados as condições bucais por ano não foi significativo. Sem dúvida, quando se soma o número de horas perdidas pelo total de indivíduos empregados naquele ano, se chega a um custo bastante relevante para a industria.

Os indicadores do nível macro, com visão basicamente economicista da Odontologia, não contemplam informações de caráter pessoal, como aspectos psicológicos, quantidade e natureza da inabilidade e prejuízos a nível de indivíduo. O impacto da saúde bucal relacionado ao bem estar geral do indivíduo e de sua qualidade de vida, passa a ser mais abordado na década de 90, com a introdução dos indicadores de nível micro. Estes podem ser

unidimensionais, que se valem de só uma variável, como a capacidade mastigatória (Leake, 1990) ou a intensidade de dor oral ou podem ser multidimensionais. Estes últimos têm sido amplamente desenvolvidos e aplicados por serem mais amplos e completos. Ainda que existam diferenças no nível de complexidade entre estes, todos buscam abordar opiniões a cerca dos efeitos das condições bucais sobre o bem estar funcional, social e psicológico de cada indivíduo (Chianca e cols., 1999).

Como exemplo de índice unidimensional, se pode mencionar o trabalho de Leake, que em 1990 divulgou um estudo realizado por ele a fim de desenvolver e provar um índice para medir a habilidade mastigatória, que pudesse ser utilizado em investigações epidemiológicas. O índice avalia a capacidade individual em mastigar cinco alimentos diferentes, para o qual se estipula um grau de dificuldade em uma escala de 0 a 5. O estudo revelou que, entre as pessoas que possuem dentes, muitos estados clínicos da boca parecem influenciar a capacidade mastigatória (Ex.: falta de dentes naturais posteriores: necessidade de cuidados urgentes: dor ou infecção). Para indivíduos edêntulos, a capacidade mastigatória está influenciada por fatores relacionados ao estado das próteses utilizadas. O estudo não explorou os aspectos sociais desta disfunção (Chianca e cols., 1999)

Índices multidimensionais:

Como índices multidimensionais se identificam na literatura, até dezembro de 1998, 11 estudos que desenvolveram medidas subjetivas aplicadas em diversas culturas, sendo somente dois deles provados em países em desenvolvimento (Tailândia e Brasil) (Slade et cols, 1998). Estes estudos

envolveram populações adultas, geralmente anciãos e foram desenvolvidos envolvendo diversas dimensões de impacto como dor, incômodo, estética, restrições na alimentação, na comunicação, nas reações afetivas, nas atividades diárias e no bem estar psicológico do indivíduo.

Um dos estudos pioneiros foi o publicado por Cushing e cols. em 1986. O índice “*The Social Impacts of Dental Disease*” (Os Impactos Sociais da Enfermidade Dentária) foi aplicado em 618 indivíduos adultos, trabalhadores do Norte e do Sul da Inglaterra. Este índice se propõe medir o impacto das enfermidades bucais segundo três aspectos: físico, social e psicológico. Para isto os indivíduos foram solicitados a responder um breve questionário com 14 itens. Os efeitos adversos das enfermidades bucais foram assim avaliados sob cinco aspectos: restrições alimentares, restrições na comunicação, dor, incômodo e insatisfação com a estética. O principal impacto encontrado nesta população foi o incômodo, afetando 50% dos indivíduos.

Em 1989, Dolan e Gooch (1997) em um estudo de saúde geral envolvendo 1658 indivíduos adultos, habitantes de três estados dos Estados Unidos avaliaram o impacto da saúde bucal. O estudo foi baseado nas respostas a três questões incluídas em um instrumento utilizado por ele “*Rand Health Insurance Study*” (“Estudo do Seguro de Saúde Rand”), o qual foi desenhado para medir os efeitos de diferentes seguros de saúde no estado de saúde, qualidade de assistência, utilização e custos dos serviços para os pacientes .as perguntas estão relacionadas a três importantes conseqüências de enfermidades bucais: dor (processos crônicos e agudos), preocupação/apreensão (ansiedade e incômodo) e interações sociais

(aparência e autoestima). Os resultados na utilização deste índice, indicam que preocupação foi o impacto de maior prevalência nesta população, enquanto que a comunicação foi raramente afetada (Chianca e cols., 1999)

Reisine (1997), publicou um estudo avaliando a utilização do “*Sickness Impact Profile –SIP*” (Perfil do Impacto da Enfermidade), um índice geral de saúde, para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Este é um índice bastante amplo, que se propõe medir as trocas funcionais percebidas e informadas por indivíduos sob cuidados médicos. O SIP foi aplicado em pacientes com desordens temporo-mandibulares, enfermidade periodontal e reabilitações orais (Reisine, 1985) e câncer bucal. Os estudos assinalam algumas limitações no índice; ser muito extenso (136 itens) e pouco sensível a ocorrência do impacto de condições bucais menos expressivas, com menor severidade que o câncer bucal, por exemplo. O índice tem sido mais utilizado na medicina com o propósito de: a) verificar o estado dos indivíduos enfermos e como eles respondem ao tratamento; b) avaliar a saúde das populações e c) avaliar e planejar os programas de atenção e tratamento médico.

“*The General Oral Health Assessment Index*” (Índice Geral para Avaliação da Saúde Bucal) foi um índice publicado por Atchison em 1990, que procurava estimar o grau de impacto psicossocial (preocupação, insatisfação com a aparência e os relacionamentos) associado a enfermidades bucais e avaliar a eficácia do tratamento odontológico. Este índice está baseado em manifestações de pacientes com problemas orofuncionais como a dor, o incômodo e a perda das funções bucais. Em forma de questionário composto

por 12 itens, foi aplicado em uma amostra de 1911 pessoas sob cuidados médicos, com idade superior a 65 anos em Los Angeles (Estados Unidos). Comparando pessoas que apresentavam dentes naturais e desdentados, as primeiras relataram ter menos problemas na eleição dos alimentos e na mastigação, assim como o menor incômodo ao alimentar-se. Estas pessoas informaram também ter menores impactos psicossociais. Não houve diferença entre os dois grupos no que se refere a satisfação com a aparência, preocupação e fala. Esta mesma medida foi utilizada por Kressin e cols.(1998) para examinar como foram percebidos os impactos da saúde bucal pelos indivíduos pertencentes a duas amostras de anciãos nos Estados Unidos. A medida apresentou boas propriedades psicométricas (confiabilidade e correlação inter-itens) e foi capaz de identificar diferentes impactos da saúde bucal nas duas populações.

Outro estudo realizado no Canadá por Locker (1997), utilizou uma amostra de 553 indivíduos, com idade a partir de 18 anos, na qual foi aplicado um questionário de 39 itens, denominado “*Subjective Oral Health Status Indicators*” (Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal). Este índice se propõe medir o impacto funcional, social e psicológico das desordens e condições bucais sob os seguintes aspectos: capacidade mastigatória, capacidade de falar claramente, dor oral e facial, outros sintomas orais, problemas com a alimentação, problemas de comunicação e nas relações sociais, limitações nas atividades diárias e aborrecimentos e preocupações com a saúde bucal. Os indivíduos com mais de 65 anos apresentaram impactos negativos, predominantemente, nas dimensões referentes a

aborrecimentos e preocupações com a saúde bucal e problemas com a alimentação. A capacidade de falar claramente foi um aspecto que não afetou esta amostra de forma significativa (Chianca e cols., 1999).

O estudo publicado por Strauss & Hunt, em 1993, informa a aplicação do “*Dental Impact Profile*” (Perfil do Impacto Dentário). O estudo se realizou em um grupo de mais de 1000 anciãos do estado de Carolina do Norte (Estados Unidos) a fim de determinar como os dentes (naturais ou próteses) afetavam a qualidade de vida destes indivíduos a nível social, psicológico e biológico. Para isto se utilizou um questionário com 25 perguntas sobre porque eles valorizavam seus dentes e se estes eram responsáveis por melhorar ou piorar suas vidas. Os itens mais comumente afetados nesta população, foram satisfação com a capacidade de morder e mastigar os alimentos, aparência para o grupo, aparência para si próprio e sensação de bem estar. Sem dúvida, mais de 75% da amostra não considerou que seus dentes ou próteses tinham efeito no humor, apetite, êxito com o trabalho, relações afetivas, ato de beijar e participação nas atividades diárias.

Em 1994, Cornell e cols. (1997) publicaram um artigo, informando a utilização do “*Oral Health Quality of Life Inventory*” (Inventário de Saúde Bucal na Qualidade de Vida). Este índice se propõe a medir a satisfação pessoal do indivíduo e o grau de importância que ele atribui a saúde geral de sua boca e a funcionalidade do aparato bucal. O índice está organizado em seis domínios específicos: 1)paladar e a função salivar; 2)estética dento-facial; 3)saúde bucal em geral e a funcionalidade do aparato bucal; 4)dor dento-facial; 5)fala e 6)mastigação e deglutição. A medida se aplicou em uma amostra de 63

pacientes adultos que estavam agendados para passar por uma seleção na Clínica Dentária da Universidade do Texas, Estados Unidos. Estes indivíduos responderam a um questionário composto por 15 itens, cada um subdividido em 2 dimensões: importância e satisfação. Os resultados deste trabalho sugeriram a existência de importantes diferenças em relação a impactos subjetivos entre os diferentes grupos étnicos nas dimensões de aparência e saúde bucal em geral.

“*The Oral Health-Related Quality of Life Measure*” (Medida de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal), um questionário com somente três perguntas, foi o instrumento utilizado por Kressin (1997) para realizar seus estudos publicados em 1996. Este índice se propõe a medir o impacto da saúde bucal no cotidiano do indivíduo. Ele mesmo busca informar efeitos adversos das enfermidades bucais, tais como dificuldades nas atividades diárias como trabalho e *hobbies*; dificuldades nas interações sociais como as havidas entre os familiares, amigos e companheiros de trabalho; e problemas com a aparência que levam o indivíduo a restrições na comunicação interpessoal. O índice foi aplicado nos Estados Unidos em três grupos diferentes de pessoas: a 1ª amostra de 1242 indivíduos com idade média de 67 anos; a 2ª amostra de 957 indivíduos com idade média de 63 anos; a 3ª amostra de 911 indivíduos com idade média de 51 anos. Os resultados indicam que os problemas com os dentes ou gengivas afetaram principalmente as atividades diárias dos indivíduos (Chianca e cols., 1999).

Kressin (1997) em um estudo posterior provê dados de comparação do índice OHQOL (“*Oral Health-Related Quality of Life Measure*”) com o GOHAI

(“*The General Oral Health Assessment Index*”). Esta sugere que o GOHAI é mais sensível que o OHOQL, por que possui maior número de questões específicas. Consequentemente, impactos em algumas áreas como escolher alimentos, morder, mastigar e deglutir seriam refletidos no resultado do OHQOL somente se fossem o suficientemente fortes para afetar o trabalho, a conversação ou as atividades sociais do indivíduo.

No Brasil, Leão e Sheiman (1996), provaram o índice “*The Dental Impact on Daily Living*” (O Impacto Dentário no Cotidiano), o qual, em 1996, teve seus resultados publicados. Este índice tem como proposta medir o impacto da saúde bucal no cotidiano do indivíduo no desenvolvimento das suas atividades normais. Compreende cinco dimensões: (1) incômodo, relacionado com queixas como sangramento gengival e alimentos impactados; (2) aparência; (3) dor; (4) desempenhos, no que se refere a capacidade de exercer as atividades diárias e interagir com as pessoas; e (5) restrição alimentar, relacionada com dificuldades em mastigar e morder. Para chegar aos resultados, se aplicou o questionário de 36 perguntas em uma população de 662 indivíduos com idade entre 35 e 44 anos. Se utilizou também uma escala para avaliar a importância de cada uma das dimensões analisadas para cada indivíduo. Ao final, foi possível detectar que nesta população os problemas com a aparência foi o impacto negativo da saúde bucal mais mencionado.

Adulyanon e cols. (1996) optaram por aplicar seu índice “*Oral Impacts on Daily Performances*” (Impactos Bucais nas Atividades Diárias) em 16 indivíduos da Tailândia, em uma amostra de 501 habitantes, com idade entre 35 e 44 anos. O objetivo do índice é medir a gravidade do impacto das

enfermidades bucais no desempenho físico, psicológico e social do indivíduo no exercício de suas atividades diárias, tais como: comer, falar, higienizar os dentes, dormir, sorrir, controle emocional, trabalho e relacionamento. Os indivíduos responderam a um questionário de 8 itens que poderiam se decompor em mais duas questões cada um. Primeiro se perguntava sobre a presença do impacto em cada uma de suas atividades. Se a resposta fosse positiva, se perguntava sobre a frequência com a qual aquele impacto aparecia e se questionava também sobre a severidade do impacto. Os resultados do estudo indicam que as atividades com maior prevalência de impacto negativo foram alimentação e controle emocional (Chianca e cols., 1999).

Em 1994, Slade e Spencer publicaram um estudo, no qual apresentaram como resultado o questionário “*The Oral Health Impact Profile*” (Perfil do Impacto da Saúde Bucal). Este questionário tem como finalidade identificar impactos negativos atribuídos a condições bucais, relatadas pelo próprio indivíduo. O questionário foi provado em um grupo de 122 pessoas com idade superior a 60 anos, residentes em Adelaide, cidade do sul da Austrália, que o responderam de acordo com a frequência com que os problemas bucais se manifestaram. A “limitação funcional” e a “dor física” foram as dimensões que mais frequentemente afetaram a população estudada. Outros problemas bastante comentados foram: incapacidade física e impactos psicológicos. Um estudo em anciãos no Canadá, que utilizou o OHIP, mostrou que as condições bucais têm um impacto negativo na vida diária dos anciãos (Locker & Slade, 1993) (Locker, 1995).

Outro estudo realizado na Carolina do Norte comparando anciãos

negros e brancos informou que os negros apresentavam mais impactos causados por problemas bucais que os brancos (Hunt et cols, 1995). Estas questões têm boa distribuição de prevalência, sugerindo que o indicador possa ser usado para quantificar o impacto e o bem estar do indivíduo. Analisaram-se os resultados destes estudos nas diferentes populações (Austrália, Canadá e Carolina do Norte) onde se observou que fatores culturais e sociais influenciam a saúde bucal e seus impactos na vida diária (Slade e cols., 1996). Slade (1998), dando prosseguimento a seu trabalho na Austrália, desenvolveu um estudo longitudinal onde os resultados obtidos demonstraram que muitos anciãos sofrem impactos de curta duração entre largos períodos de estabilidade.

O questionário (Anexo 1) “*Oral Health Impact Profile*” (OHIP), traduzido para o português como “Perfil do Impacto da Saúde Bucal” foi desenvolvido com o objetivo de prover uma medição compreensiva de auto-relato de disfunção, desconforto e perda de habilidade atribuídos a condições bucais. Estes impactos são entendidos como complementares a indicadores tradicionais de epidemiologia oral de doenças clínicas, portanto provendo informações sobre o “fardo das doenças” dentro das populações e o efeito dos serviços de saúde para tentar reduzir este fardo.

O questionário aborda três dimensões funcionais: social, psicológica e física, tendo como objetivo capturar os impactos que estão relacionados com condições bucais em geral. Todos os impactos do OHIP são conceitualizados como conseqüências adversas, e portanto este instrumento não mede qualquer aspecto positivo da saúde bucal.

O desenvolvimento do OHIP seguiu abordagens que tem sido usadas em questionários de saúde geral para medir o impacto dos cuidados médicos no bem estar social e funcional (Slade & Spencer, 1994). A abordagem envolveu identificar um modelo conceitual que definisse dimensões relevantes do impacto, então adquirindo uma ampla gama de questões e pesos numéricos associados, os quais poderiam ser combinados para criar subescalas que refletem a frequência de cada impacto e tece julgamentos sobre a severidade do impacto. Este modelo de questionário está baseado na classificação da Organização Mundial de Saúde, na qual os impactos das doenças são categorizados numa hierarquia que vai desde sintomas internos, principalmente ao indivíduo (representado na função de limitação funcional) à incapacitações que afetam papéis sociais como o trabalho.

Entrevistas com uma amostra de 64 pacientes dentais foram conduzidas para se identificar declarações sobre os impactos adversos das condições bucais. As entrevistas foram realizadas em Adelaide, na Austrália, entre pacientes adultos em serviços de saúde pública e privada. Com estas entrevistas obteve-se um total de 535 declarações, as quais foram categorizadas em sete dimensões conceituais.

Os pesos foram criados com a finalidade de se dimensionar a importância, ou melhor, a severidade das declarações dentro de cada dimensão de conceito. Julgamentos sobre o grau de envolvimento negativo percebido dentro de cada impacto foi documentado por 328 pessoas as quais eram membros de grupos comunitários ou estudantes universitários de Adelaide. Todos os pesos foram ajustados para números positivos os quais

variam de 0.747 a 2.555. Uma replicação dos procedimentos de pesagem no Canadá descobriu que o *ranking* dos itens do OHIP feito pelos Sul Australianos foi amplamente similar aos indivíduos que falam inglês em Ontário e aos que falam francês em Quebec (Chianca e cols., 1999).

O questionário OHIP consiste de 49 declarações que foram refeitas na forma de questões (Anexo 7.1). Os respondentes são questionados para indicar com que frequência (em uma escala de cinco pontos) eles sofrem cada problema dentro de um período de referência, por exemplo, de 6 meses. As categorias de respostas para uma escala de cinco pontos são: “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “várias vezes” e “quase sempre”. Os respondentes também podem ter acesso a resposta “não sei” para cada questão. Para duas questões relacionadas a problemas com o uso de próteses (números 17, 18), temos a opção de resposta de “não uso prótese” para indicar que este tipo de questão não se aplica a eles.

Estudos que tem usado o OHIP em várias populações revelam níveis de disfunção, desconforto e incapacitações que parecem consistentes com as condições clínicas e dão condições de acesso a programas de tratamento dentário nestas populações. Contudo, há também uma grande correlação entre diferentes dimensões, tanto que associações estatísticas com impacto parecem justamente consistentes usando-se cada subescala ou resumo de escores. Isto mostra-se consistente com os achados de que todos os 49 itens tinham altos índices em um único fator que contava 69% de variação em uma análise de fator principal de componentes. Isto, por sua vez, sugere que, para propostas descritivas, um único item de questão global sobre qualidade de vida

relacionada a saúde oral poderia capturar muitas das mesmas associações que são observadas com este mais detalhado questionário OHIP.

2.5 A Responsabilidade do Clínico Geral no Diagnóstico Precoce dos Problemas Periodontais

Os clínicos gerais, responsáveis primários pela preservação da saúde dos pacientes, devem, cada vez mais, estar preparados para o diagnóstico e tratamento precoce das doenças afetas à cavidade bucal. Os especialistas devem ajudá-los nesta busca constante de conhecimento, colocando à disposição informações que possibilitem, no dia a dia, a resolução dos casos corriqueiros de cada especialidade. Cabe ainda aos especialistas a responsabilidade de divulgar as novas descobertas em cada área, para que os clínicos gerais, usando seu tirocínio, empreguem, ou recomendem, os recursos disponíveis num dado momento. O clínico geral não tem a obrigação de dominar todas as técnicas. Tem a obrigação de saber de sua existência e de sua indicação precisa, para que o paciente possa ser beneficiado por estes novos conhecimentos. Os procedimentos que surgem, principalmente quando envolvem produtos novos, são apresentados à classe, e muitas vezes ao público, como a resolução final de todos os males. Muitas vezes se é iludido pela propaganda maciça; os clínicos pela sua ansiedade em resolver o problema do paciente; o especialista por falta de análise crítica (Baer, 1971).

A Periodontia tem sido pródiga, nos últimos anos, em desenvolver novas técnicas e novos produtos. Isto é fruto do trabalho intenso de pesquisa

que tem sido realizado. Trabalhos científicos bem orientados propiciaram um melhor entendimento da natureza da doença periodontal, do comportamento da placa bacteriana e da evolução da doença. No entanto, a divulgação destes conhecimentos não foi acompanhada da advertência de que as técnicas já consagradas não devem ser esquecidas ou relegadas a segundo plano. As novas técnicas podem e devem ser incluídas no nosso “*armamentarium*”, porém, com muito cuidado e análise crítica. Os resultados experimentais, a nível microscópico ou laboratorial, nem sempre ocorrem com magnitude compensadora a nível clínico. Os conhecimentos atuais sobre a natureza da doença periodontal estão baseados no acompanhamento de pacientes periodontais ao longo do tempo. Isto permitiu que certos fatos passassem a ser explicados de maneira mais racional. Alguns fenômenos, cuja interpretação era baseada exclusivamente na experiência pessoal de cada profissional, hoje são previsíveis e passíveis de serem evitados. Assim, os trabalhos longitudinais e os estudos populacionais, analisando os eventos envolvidos na destruição das estruturas de suporte do dente, permitiram uma interpretação mais científica da evolução e possibilidade de cura da doença periodontal. O maior conhecimento da microbiota envolvida na etiologia da doença proporcionou um novo enfoque terapêutico. Os estudos sobre reparação tecidual também contribuíram fundamentalmente para isto (Genco, 1992).

A periodontia não mudou radicalmente. O que ocorre é que hoje tem-se maiores conhecimentos sobre a natureza da doença e técnicas mais previsíveis para tentar alcançar a saúde periodontal. Os estudos de Becker e cols. (1979) e Bucley e Crowley (1984) evidenciaram que a doença periodontal

não tratada leva a altos índices de perda dental. O mesmo fenômeno tende a ocorrer com tratamentos mal conduzidos. Pacientes não tratados, aos 40 anos de idade mostraram uma perda de inserção de 4,5 mm, com uma média de perda anual de 0,20 mm nas faces livres, e de 0,30 mm nas faces proximais (Løe e cols., 1986).

Apenas a limpeza coronária (profilaxia) e a escovação, por mais perfeitas que sejam não surtirão efeito se o agente etiológico que estiver alojado na superfície radicular subgengival não for removido.

Por outro lado, em determinadas situações, as perdas da estrutura de suporte já ocorridas condenam definitivamente um dente, e este terá de ser removido. Deve-se estar preparado para reconhecer as situações em que o dente está perdido, bem como aquelas em que ainda se pode tratá-lo. As tentativas heróicas devem ser reservadas para condições e pacientes especiais. Elas só podem levar ao sucesso nas mãos de profissionais altamente qualificados e pacientes muito motivados. O clínico geral deverá saber reconhecê-las, mas principalmente, saber evitar que elas ocorram (Waerhaug, 1977).

Alguns autores se preocuparam com achados clínicos que pudessem indicar o prognóstico individual dos dentes. Becker e cols. (1984) classificam entre os dentes de prognóstico duvidoso aqueles que apresentam:

- perda óssea correspondente a 50 % do comprimento radicular;
- profundidade clínica de sondagem de 6 a 8 mm;
- envolvimento de furca classe II, com espaço muito pequeno entre

as raízes;

- incisivos laterais superiores com sulcos verticais profundos na face palatina;
- primeiros pré-molares com envolvimento de furca na face mesial;
- dentes com cáries extensas e que não possam ser restaurados.

Colocam entre os dentes de prognóstico ruim aqueles que apresentam:

- perda óssea correspondente a mais de 75 % do comprimento radicular;
- profundidade clínica de sondagem maior que 8 mm;
- envolvimento de furca classe III;
- relação coroa / raiz deficiente;
- grande proximidade radicular, com quantidade mínima de osso entre as raízes;
- história de abscessos periodontais repetidos.

O clínico geral deve ainda levar em consideração o tipo de paciente que está tratando para poder definir se deve tentar, ou não, a preservação de um ou mais dentes com prognóstico duvidoso. Em algumas circunstâncias, a dedicação do paciente à higiene bucal pode modificar o prognóstico de um dente. Estas situações devem ser encaradas com muita reserva. Na maioria das vezes o esforço despendido para salvar dentes condenados propicia melhores resultados se aplicado em outros dentes, para que eles não cheguem

a esta situação.

O alvo principal do tratamento periodontal é a placa bacteriana. O profissional deverá estar constantemente atento à sua presença e à existência de nichos de retenção. Porém fundamentalmente, deverá também utilizar todos os recursos à sua disposição para que não venha a criar novos nichos de retenção. Deve-se conscientizar de que os fatores etiológicos da doença periodontal estão alojados na superfície radicular. Pode-se lançar mão de qualquer recurso terapêutico disponível na atualidade e o fracasso será estrondoso se não se remover e controlar a placa bacteriana e os seus nichos de retenção. Não se pode admitir hoje que se iniciem intervenções de qualquer natureza na boca de um paciente, sem que se realize uma análise criteriosa do estado das estruturas periodontais. Qualquer manobra realizada será fadada ao insucesso ao longo do tempo se o paciente não apresentar estruturas periodontais sadias. O paciente doente deverá ser tratado e submetido a um plano de controle e manutenção. O paciente sadio deverá se submeter a um plano de controle e manutenção para que não venha a se tornar doente. O nível atual de conhecimento não nos oferece outra alternativa (Socranski & Hafajee, 1992)

2.5.1 O Primeiro Sinal Clínico da Inflamação Gengival

A gengivite representa o primeiro estágio das alterações dos tecidos periodontais decorrentes do acúmulo de placa bacteriana sobre a superfície dentária. É definida como uma inflamação crônica da gengiva marginal,

caracterizada clinicamente por mudanças da cor, forma, posição e textura superficial. Entretanto, antes do aparecimento destes sinais clínicos, ocorrem alterações histopatológicas na região do sulco gengival, do epitélio juncional e do tecido conjuntivo subjacente. Estas alterações microscópicas são caracterizadas segundo Carranza (1997) por:

- a) vasodilatação, edema localizado e aumento dos espaços entre as células epiteliais;
- b) alteração ou perda do mecanismo de união entre as células epiteliais, presença de solução de continuidade na membrana basal e migração de leucócitos entre as células epiteliais;
- c) alterações significativas no citoplasma, compatíveis com degeneração celular.

Assim, todas estas transformações levam a um aumento da permeabilidade do epitélio juncional. Desta forma, quando comparamos histologicamente esta situação com um quadro histológico de normalidade, entendemos por que o sangramento à sondagem é o sinal clínico mais precoce no diagnóstico da gengivite. Uma vez instalada a gengivite, esta poderá permanecer estável e sem progressão por longo período de tempo. Entretanto, esta estabilidade ficará na dependência do equilíbrio entre a velocidade de destruição e de reparação. Como a gengivite é o primeiro sinal clínico de inflamação do periodonto, e embora sua evolução para um quadro de periodontite ainda seja questionável, seu tratamento é a forma mais racional de prevenir esta possível evolução. Embora ainda não bem conhecidos, os fatores provavelmente relacionados com evolução da gengivite para a periodontite

seriam: a complexidade ou especificidade da microbiota, deficiência de higiene bucal, fatores sistêmicos, traumatismo localizado e tempo de duração do desequilíbrio entre agressor e hospedeiro (Theilade et cols., 1986).

Independente do tipo, (prepubertal, juvenil, progressiva rápida ou do adulto), a periodontite é caracterizada pela destruição do aparelho de inserção com migração apical do epitélio juncional com formação de bolsa periodontal. As periodontites de incidência precoce (periodontite prepubertal e a periodontite juvenil), são duas formas de doença periodontal que podem acometer crianças e adultos jovens. Ambas podem afetar toda a dentição (generalizada) ou alguns elementos dentários (localizada) (Engel, 1997).

A periodontite prepubertal, tanto na forma localizada como na generalizada, é caracterizada por um processo inflamatório severo na dentição decídua, podendo estender-se para o periodonto da dentição permanente. Poderá apresentar como principais características (Løe, 1978):

- severa inflamação do tecido gengival;
- hiperplasia gengival;
- retrações gengivais;
- fendas no tecido gengival;
- bolsas periodontais profundas;
- reabsorção dos tecidos de suporte;
- exfoliação da dentição decídua sem reabsorção radicular.

A periodontite juvenil é caracterizada por rápida destruição do aparelho de inserção em mais de um dente da dentição permanente. Em sua forma localizada, afeta os primeiros molares e incisivos e não mais de um ou

dois dentes adicionais.

A forma generalizada além de afetar os molares e incisivos, estende-se para outros segmentos da dentição. Segundo Baer (1971), esta forma de doença:

- a) Inicia-se entre os 11 e 13 anos de idade;
- b) Afeta mais o sexo feminino;
- c) Parece ter caráter hereditário;
- d) A gengiva ao redor do dente doente apresenta-se com cor e textura normal, porém;
- e) Bolsas periodontais profundas estão presentes em uma ou mais faces do dente afetado;
- f) Em sua fase inicial, a presença de cálculo subgengival é incomum;
- g) grau de destruição não é compatível com a quantidade de placa e cálculo observados.

Existem trabalhos que sustentam a hipótese de que a forma generalizada inicia-se a partir da localizada, tendo em vista a prevalência da forma generalizada em indivíduos jovens, porém com faixa etária mais avançada Saxen (1980), Liljenberg e Lindhe (1980).

Assim como na evolução da forma localizada para a generalizada, mesmo que não demonstrado experimentalmente em humanos, estudos epidemiológicos mostraram a progressão da doença com o avançar da idade (Larato, 1970), Loe e cols. (1978). Com maior prevalência que as periodontites de incidência precoce, as periodontites de incidência no adulto são as formas mais comuns de doença periodontal. A realização de um diagnóstico precoce

das periodontopatias pode reduzir a necessidade tratamentos, assim como a quantidade de perdas dentárias.

A despeito dos rápidos avanços científicos e de suas aplicações clínicas no tratamento da periodontite, as doenças periodontais continuam a ser a maior causa de perda dentária após os 35 anos de idade¹⁰. Um estudo publicado recentemente de adultos empregados conduzido pelo “*National Institute of Dental Research*” (Brown et al, 1989) encontrou apenas 15% das pessoas dos Estados Unidos estavam livres de sinais de doença periodontal.

Ainda outros estudos sugerem que a despeito de uma alta prevalência da doença em populações de adultos e de idosos, a periodontite é constantemente não diagnosticada e não tratada. Como resultado, a população em geral tem consideráveis necessidades de tratamento periodontal não identificadas (Baer, 1971).

Uma maneira de atender estas necessidades de tratamento é desenvolvendo uma metodologia de avaliação que seja confiável, simples e rápida, e que ainda permita tanto aos clínicos como aos epidemiologistas avaliar o *status* de saúde oral dos pacientes na prática odontológica diária.

Dentre os índices usados para avaliar a necessidade de tratamento periodontal não se pode deixar de citar o Sistema de Necessidade de Tratamento Periodontal (SNTP), o qual foi desenvolvido com as seguintes características: ele tenta colocar indivíduos em uma dentre quatro classes, com base em procedimentos de tratamento relativos à exigência de tempo. Ele considera a presença ou ausência de gengivite e placa e a presença de bolsas de 5mm ou mais em cada quadrante da boca (Bellini, 1973) (Bellini & Gjermo,

1973).

Com o objetivo de simplificar o exame e o diagnóstico, e orientar os profissionais quanto às necessidades de tratamento, em junho de 1992, a Academia Americana de Periodontologia juntamente com a Associação Dentária Americana lançou oficialmente nos Estados Unidos o PSR – “*Periodontal Screening & Recording*” (1992), um programa de avaliação periodontal e registros.

O PSR foi designado para facilitar a detecção precoce das doenças periodontais com uma técnica de sondagem simplificada e um mínimo de documentação. Seus autores predisseram que ele iria afetar as doenças periodontais nos anos 90 como o flúor fez com as cáries nos anos 60 (Associação Dentária Americana, 1992).

O PSR é uma modificação do “*Community Periodontal Index of Treatment Needs*” – CPITN (Índice Comunitário das Necessidades de Tratamento Periodontal), originalmente elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar as necessidades de tratamento periodontal em estudos epidemiológicos (AINAMO et al, 1982).

O PSR melhorou o CPITN original e seu sistema de códigos com um símbolo adicional (*) que denota anormalidades periodontais adicionais como envolvimento de furca, mobilidade dentária, defeitos mucogengivais e recessão. O índice CPITN foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 1982. Desde aquela época ele vem sendo amplamente aceito e usado em todo o mundo. Os dados têm nos dado não somente as necessidades de tratamento hoje e no futuro, mas também o planejamento dos

serviços periodontais de prevenção em termos de populações ou de indivíduos. Desde o seu desenvolvimento, tem aumentado substancialmente nossos conhecimentos e entendimento sobre a prevalência e a distribuição das doenças periodontais.

O PSR foi desenvolvido tendo-se em mente os seguintes princípios (Associação Dentária Americana, 1992):

- A história natural da doença deve ser melhor entendida;
- Deve existir um estágio inicial reconhecido;
- O tratamento da doença em seu estágio inicial deve ser mais benéfico do que o tratamento iniciado mais tarde durante o seu curso;
- Deve ser um teste apropriado;
- A possibilidade de causar transtornos psicológicos ou físicos com o uso do teste deve ser menor do que a chance de possibilitar benefícios com o mesmo;
- Custo com o programa deve ser vantajoso em relação aos benefícios que ele proporciona.

Estes princípios têm permitido o seu reconhecimento científico mundial, e a sua facilidade e rapidez de aplicação têm permitido um tempo maior para o relacionamento profissional/paciente, o que resulta, sem dúvida em um entendimento melhor da doença em si e de suas conseqüências. Além disso o emprego do PSR facilita a comunicação profissional entre os clínicos gerais, especialistas e pacientes durante o tratamento da doença. Conde e cols. (1996) comentam:

- a) O PSR é um exame periodontal de rápida execução e registro simplificado;
- b) O sistema proposto pela ADA (Associação Dentária Americana) e AAP (Associação Americana de Periodontologia), deve ser utilizado para todos os pacientes em todos os exames clínicos (inicial ou de manutenção);
- c) O PSR deve ser realizado antes do início de qualquer tipo de tratamento odontológico, inclusive ortodôntico;
- d) Este sistema não visa substituir o exame periodontal padrão e, sim, triar os pacientes que devem receber um exame periodontal mais detalhado, otimizando, dessa forma, o tempo no consultório.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aplicação prática do PSR e do OHIP

O exame PSR, assim como o questionário OHIP foram aplicados nos pacientes da clínica de Periodontia do 3º ano do Curso de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná em um período de aproximadamente 4 meses.

Considerando-se as condições de trabalho na Universidade em relação aos limites de tempo deste trabalho, optou-se por trabalhar com uma população de 30 pacientes com idade média de 40 anos, os quais apresentavam doença periodontal com grau de desenvolvimento médio. Descartou-se os pacientes com história médica acusando problemas sistêmicos ou que estivessem visivelmente debilitados, pacientes sob o uso de medicamentos (tanto de uso odontológico como médico), assim como pacientes já em tratamento periodontal há mais de três meses ou em tratamento periodontal de suporte (manutenção).

3.1.1 Aplicação prática do PSR

Inicialmente passou-se a realizar o exame clínico periodontal PSR. Os dados obtidos foram registrados com a finalidade de traçar uma média do perfil de desenvolvimento da doença periodontal dentro da população em estudo.

A dentição é dividida em sextantes, e uma sonda periodontal especial

com uma pequena esfera na ponta e uma banda colorida que se estende de 3,5mm a 5,0mm é utilizada. Os registros são baseados na presença de sangramento à sondagem, presença de placa e cálculo e/ou presença de restaurações defeituosas e a posição da banda colorida em relação à margem gengival. Somente o índice mais alto é registrado para cada sextante.

Os dados foram registrados de acordo com a tabela utilizada internacionalmente que podem ser visualizados no Quadro 1:

Quadro 1: Escala usada com o “PSR”

Código	Profundidade de sondagem	Presença de cálculo	Sangramento à sondagem
0	Área colorida visível	Não	Não
1	Área colorida visível	Não	Sim
2	Área colorida visível	Sim	Pode estar presente
3	Área colorida parc. visível	Pode estar presente	Pode estar presente
4	Área colorida não visível	Pode estar presente	Pode estar presente

Fonte: WILSON TG, KORNMAN KS. *Fundamentals of Periodontics* Quintessence Books. Chicago, 1996.

O tratamento periodontal, após a obtenção dos dados do exame clínico proposto e da realização do questionário OHIP, seguiu as orientações internacionais relativas ao PSR dadas pela Academia Americana de Periodontologia (1992), as quais estão arroladas na seguinte ordem:

Escore 0 = Saúde: A porção colorida da sonda deverá permanecer totalmente visível. Nesta situação não deverá ocorrer sangramento à sondagem, nem ser detectado a presença de cálculo e/ou margens de restaurações deficientes. Para esta situação, a conduta recomendada pela AAP concentra-se em medidas preventivas, ou seja, polimento coronário, fluoretação tópica e ensinamento de técnicas de higiene bucal.

Escore 1 = Gengivite: A porção colorida da sonda deverá permanecer totalmente visível. Nesta situação, o sangramento à sondagem deverá ser positivo, sem ser detectada a presença de cálculo e/ou margens de restaurações deficientes. Mesmo que a presença de cálculo e margens de restaurações deficientes não sejam consideradas nesta situação (escore 1), estes fatores poderão coexistir com um quadro de gengivite. Para um quadro de gengivite, a AAP (Associação Americana de Periodontologia) recomenda: medidas de higiene bucal, remoção de placa bacteriana supra e subgengival e fluoretação tópica.

Escore 2 = Gengivite ou periodontite leve: A porção colorida da sonda deverá permanecer totalmente visível. Nesta situação, o sangramento à sondagem deverá ser positivo, sendo detectada a presença de cálculo e/ou margens de restaurações deficientes. Cabe ressaltar que no “PSR” o escore 2 compreende gengivite ou periodontite leve. No entanto, como a gengivite já foi abordada no escore 1, trataremos de considerar no escore 2 a periodontite leve. Sendo assim, parte do aparato de inserção foi destruída pela doença, o que caracteriza a perda de inserção. É importante comentar que esta sonda periodontal possui 3,5 mm de sua ponta até o início da porção colorida. Desta forma, mesmo que a porção colorida permaneça totalmente visível nesta situação, as bifurcações deverão ser examinadas com bastante cuidado, tendo em vista que perdas de inserção maiores que 3,0 mm podem significar o seu envolvimento. O envolvimento das bi e trifurcações são abordados com maiores detalhes no escore * (indica a presença de mobilidade,

envolvimento de furca, retrações gengivais $\geq 3,0$ mm e problemas mucogengivais).

Escore 3 = Periodontite moderada: A porção colorida da sonda deverá permanecer parcialmente abaixo da margem gengival. Quando em um sextante esta situação for detectada, recomenda-se o mapeamento periodontal completo, incluindo mensuração de profundidade de bolsa e perda de inserção, mobilidade dental, envolvimento de furca, discrepâncias oclusais, alterações mucogengivais e exame radiográfico do sextante em questão.

É muito importante comentar que para os escores 3 e 4, as condutas terapêuticas devem ser orientadas pela situação individual de cada dente. Estas situações indicam, na maioria dos casos, a necessidade de tratamento especializado.

Escore 4 = Periodontite severa: A porção colorida da sonda deverá permanecer totalmente abaixo da margem gengival. A conduta recomendada pela AAP inclui mapeamento periodontal completo, e exame radiográfico de todos os sextantes, independentemente do escore encontrado para os mesmos. Assim como a periodontite moderada, a periodontite severa requer tratamento especializado.

Após a sondagem de todos os sextantes dos pacientes em análise, os escores de cada sextante são somados aos seus correspondentes dos demais indivíduos e divididos pelo número total de amostras (trinta). Obtém-se desta forma um resultado que indica a média de envolvimento periodontal no grupo estudado.

3.1.2 Aplicação prática do OHIP

Logo em seguida todos os pacientes responderam ao questionário OHIP (Anexo 7.1), após terem sido informados da sua finalidade e de estarem participando de um trabalho de dissertação de mestrado, não havendo nenhum problema quanto à aceitação dos mesmos em colaborar com a pesquisa. De acordo com Slade (1994), o questionário está composto por 49 itens agrupados em 7 subdivisões:

- a) limitação funcional
- b) dor física
- c) desconforto psicológico
- d) disfunção psicológica
- e) disfunção social
- f) disfunção física
- g) incapacidade

Os respondentes são questionados para indicar com que frequência (em uma escala de cinco pontos) eles sofrem cada problema dentro do um período de referência proposto (últimos 6 meses). As categorias de respostas para uma escala de cinco pontos são:

- “nunca”
- “quase nunca”
- “algumas vezes”
- “várias vezes”
- “quase sempre”

A cada questão foi atribuído um peso específico, os quais foram criados com a finalidade de se dimensionar a importância, ou melhor, a severidade das declarações dentro de cada dimensão de conceito. Todos os pesos foram ajustados para números positivos os quais variam de 0.747 a 2.555.

Durante o processamento dos dados, a codificação das respostas é multiplicada pelo peso correspondente de cada questão (Anexo 7.1) e os produtos somados dentro de cada dimensão para dar sete subescalas de escores, cada um com um potencial de variação de zero (sem impacto) a 40 (todos os impactos registrados como “quase sempre”). Após este cálculo inicial somou-se as subescalas correspondentes de cada um dos entrevistados e o resultado foi dividido pelo número total de participantes, obtendo-se desta maneira uma média aritmética simples de cada item do questionário.

Em seguida ao exame clínico e preenchimento do questionário todos foram submetidos ao tratamento periodontal proposto pela disciplina sendo que devem ser reavaliados ao final do tratamento em relação ao estado clínico periodontal e também em relação aos padrões de qualidade de vida proposto pelo questionário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtendo-se uma perspectiva mais ampla sobre o curso da Doença Periodontal, o que inclui os impactos sociais desta condição, poderia-se, talvez, prover um melhor entendimento deste problema clínico. Este trabalho apresenta os resultados de um estudo que objetivou estabelecer como a doença periodontal afeta a qualidade de vida dos pacientes, utilizando-se de um instrumento existente (OHIP) que tenta avaliar o impacto psicossocial da doença.

A população em estudo constitui-se de 20 pacientes do sexo feminino e 10 pacientes do sexo masculino; 5 pacientes com idades entre 23 e 26 anos, 7 pacientes com idade entre 34 e 38 anos, 13 pacientes com idade entre 40 e 49 anos e 5 pacientes com idade entre 51 e 59 anos. Em relação à profissão, 4 pacientes não possuem atividade remunerada (do lar), 1 paciente é estudante, 1 paciente é aposentado, 1 paciente encontra-se desempregado e os demais 23 pacientes possuem atividade profissional remunerada. Apesar da heterogeneidade em relação à profissão, pode-se considerar que exista um perfil financeiro similar dentro da amostra pelo fato de estarem usufruindo de um serviço odontológico gratuito oferecido pela Universidade.

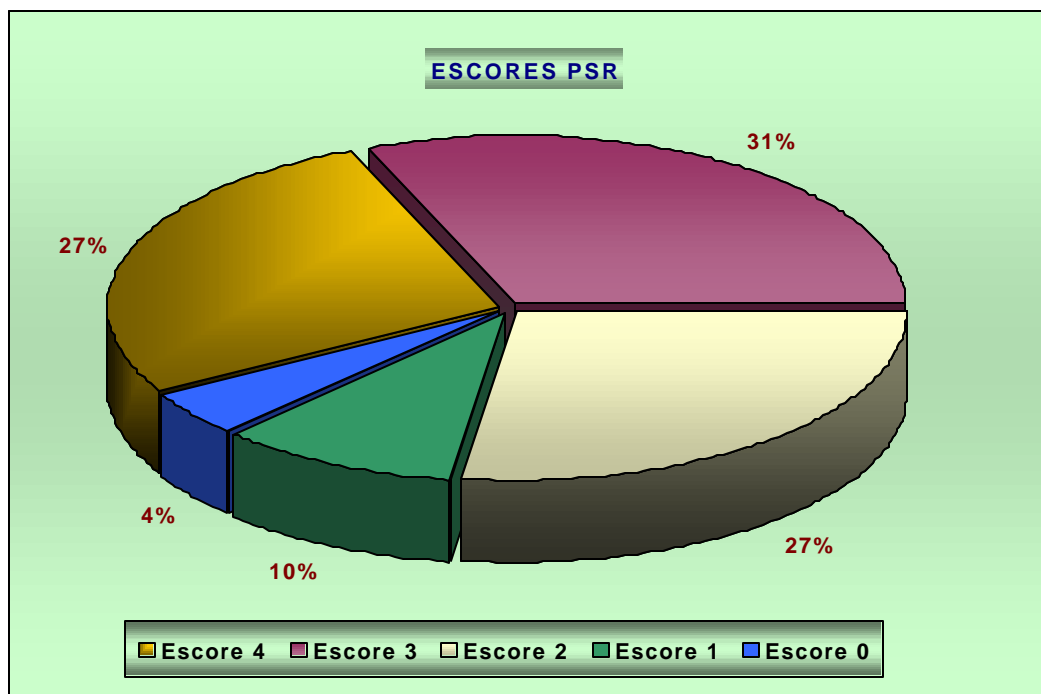
Tabela 1: Faixa etária

5 ENTRE 23 E 26 ANOS
7 ENTRE 34 E 38 ANOS
13 ENTRE 40 E 49 ANOS
5 ENTRE 51 E 59 ANOS

4.1 Resultados e discussão sobre o exame “PSR”

Os pacientes foram inicialmente examinados segundo as normas do exame clínico proposto (PSR), tendo-se obtido os resultados demonstrados no gráfico abaixo (Figura 8):

Figura 8 – Escores do PSR



Este exame revelou que o escore com maior porcentagem entre todos os sextantes foi o “3” (periodontite moderada) com um índice populacional médio de aproximadamente 31% (a parte colorida da sonda “PSR” fica parcialmente encoberta e com a presença de sangramento à sondagem). Na sequência, seguem-se os escores “2” e “4” ambos com 27% de frequência que indicam respectivamente gengivite (com presença de cálculo) e periodontite avançada seguidos pelo escore “1” (gengivite) com uma porcentagem de 10%. Todos sem exceção apresentam sangramento à sondagem, indicando clinicamente que a doença periodontal está ativa.

4.2 Resultados e discussão sobre o questionário “OHIP”

Neste trabalho, utiliza-se o medidor OHIP (*Oral Health Impact Profile*) considerado um dos mais completos, o qual tem sido desenvolvido e testado por equipes de pesquisadores nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. A avaliação dos seus 49 itens organizados entre sete sub escalas as quais indica o modo pelo qual as condições orais compromissam o bem estar funcional social e psicológico.

Cada questão do questionário OHIP (Anexo 7.1) possui um peso específico, o qual foi preliminarmente escolhido pelos seus autores (Slade & Spencer, 1994) de acordo com o julgamento do seu grau de importância. A média final é ponderada, onde o peso da questão é multiplicado pela média dos índices das suas respectivas respostas, os quais, como já citado anteriormente, podem variar de 0 (zero) a 5 (cinco). Os resultados obtidos com a média ponderada foram somados dentro de cada subescala, podendo portanto ter uma variação (teórica) de zero (0 = todas as respostas “nunca”) a quarenta (40 = todas as respostas “quase sempre”).

Índice de Respostas do Questionário:

1. Você tem tido dificuldade em mastigar alguns alimentos por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	12	40%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	13	43%
Total	30	100%

2. Você tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	4	13%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	4	13%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	19	63%
Total	30	100%

3. Você notou que algum dente lhe parecia não estar bem?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	10	33%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	10	33%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	6	20%
Total	30	100%

4. Você sentiu que a sua aparência tem sido afetada por problemas na boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	14	47%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	11	37%
Total	30	100%

5. Você tem sentido que o seu hálito não está bom?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	9	30%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	13	43%
Total	30	100%

6. Você tem sentido que o seu paladar tem piorado?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	21	70%
Total	30	100%

7. Você tem sentido alimentos presos entre seus dentes ou próteses?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	13	43%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	7	23%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	6	20%
Total	30	100%

8. Você tem sentido que a sua digestão tem piorado por problemas na sua boca ?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	5	17%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	1	3%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	21	70%
Total	30	100%

As questões do nº 1 ao nº 8 constituem a subescala denominada “Limitação Funcional”. Os índices obtidos nestas questões demonstram o quanto a Doença Periodontal, independentemente do seu estágio evolutivo afeta funcionalmente o dia a dia dos indivíduos. Este tipo de avaliação não pode ser obtida nos exames clínicos tradicionais, o que limita o profissional quanto ao entendimento do que representa esta doença para o cliente.

Já de início, na 1ª questão, obteve-se um índice de 40% dos entrevistados respondendo que “quase sempre” têm tido “dificuldade em mastigar alimentos”, demonstrando a natureza mutilante da doença, a despeito de ser normalmente assintomática durante a sua evolução.

Se existe uma limitação funcional como sugere o nome desta subescala, onde estes resultados indicam que a doença periodontal pode afetar algumas funções como a capacidade do indivíduo de mastigar determinados alimentos, este fato conseqüentemente traz prejuízos pessoais inclusive afetando a produtividade.

9. Você tem sua boca dolorida?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	6	20%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	8	27%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	16	53%
Total	30	100%

10. Você tem sentido sensibilidade para mastigar?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	10	33%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	7	23%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	12	40%
Total	30	100%

11. Você tem sentido dores de cabeça relacionados a problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	21	70%
Total	30	100%

12. Você tem tido dentes sensíveis com líquidos ou comidas geladas?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	14	47%
b) Várias vezes	4	13%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	3	10%
e) Nunca	7	23%
Total	30	100%

13. Você tem tido dor de dente?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	4	13%
e) Nunca	17	57%
Total	30	100%

14. Você tem sentido sua gengiva dolorida?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	9	30%
b) Várias vezes	3	10%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	3	10%
e) Nunca	10	33%
Total	30	100%

15. Você tem sentido desconforto em comer alguns tipos de comida?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	13	43%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	9	30%
Total	30	100%

16. Você teve manchas doloridas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	0	0%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	28	93%
Total	30	100%

17. Você tem sentido que suas próteses não estão bem adaptadas?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	4	13%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	19	63%
Total	30	100%

18. Você tem sentido sua prótese desconfortável?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	5	17%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	19	63%
Total	30	100%

Da questão 9 a questão 18 têm-se a subescala referente à “dor física”, que supostamente deveria ser a principal queixa de pacientes odontológicos em geral, mas como os índices indicam (ver Tabela 2) este fator ficou em terceiro lugar na ordem decrescente de avaliação. Este resultado condiz com o quadro que normalmente é encontrado em uma clínica de periodontia devido as características normalmente assintomáticas da doença como já foi citado anteriormente.

Resultados como este quando relacionados a uma doença que fatalmente traçará seu curso evolutivo, mesmo que de uma maneira regularmente muito lenta, são preocupantes quando se trata de uma população de trabalhadores, enfatizando a importância dos exames de rotina, particularmente o PSR. Esta é uma maneira de se prevenir que a doença afete a população trabalhista descontroladamente, atingindo seus estágios mais

avancados com todas as seqüelas que lhe dizem respeito.

19. Você tem estado preocupado por causa de problemas dentais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	17	57%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	5	17%
Total	30	100%

20. Você tem estado consciente de como estão seus dentes, boca ou próteses?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	27	90%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	0	0%
Total	30	100%

21. Seus problemas bucais têm lhe deixado entristecido?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	16	53%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	8	27%
Total	30	100%

22. Você tem sentido um certo desconforto pela aparência dos seus dentes, boca ou próteses?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	18	60%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	8	27%
Total	30	100%

23. Você tem se sentido tenso por algum problema bucal?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	9	30%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	17	57%
Total	30	100%

Da questão 19 a questão 23 têm-se a subescala denominada “desconforto psicológico” a qual foi a de maior índice entre todas as sete categorias de subescalas do questionário. Este resultado demonstra a importância deste tipo de questão quando da avaliação de um paciente periodontal. Por exemplo, na questão 19: “Você tem estado preocupado por causa de problemas dentais?” com um resultado de 57 % de respostas “quase sempre”, deixa transparecer a importância da conotação psicológica da pesquisa, trazendo à tona um fator que até então, se não se encontrava desconhecido pela ciência médica tradicional com certeza era ignorado na sua essência. É a visão tecnicista falando mais alto, é a análise da patologia em si e não do doente, é enfim a limitação da ciência organicista.

Este resultado mostra a face subjetiva do paciente e, sem dúvida, aumenta a preocupação com a prevenção, com a motivação durante o tratamento da doença em si. Por outro lado, se há um desconforto psicológico tem-se por parte do paciente uma maior preocupação em se realizar o tratamento e este fato sugere que a população em questão tem um fator indicativo muito forte no sentido de colaborar durante o tratamento proposto. A preocupação pela presença da doença indicada no resultado destas questões pode portanto ser considerada um fator positivo no que diz respeito à motivação dos pacientes.

24. Você tem tido problemas para pronunciar algumas palavras devido a problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	6	20%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	17	57%
Total	30	100%

25. As pessoas tem tido dificuldade em entender a sua fala por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	26	87%
Total	30	100%

26. Tem sentido menos sabor na comida por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	4	13%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	23	77%
Total	30	100%

27. Você tem tido dificuldade em escovar corretamente seus dentes por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	10	33%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	13	43%
Total	30	100%

28. Você já teve que evitar algum tipo de comida por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	3	10%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	3	10%
e) Nunca	15	50%
Total	30	100%

29. Você tem se alimentado mal por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	1	3%
d) Quase nunca	3	10%
e) Nunca	24	80%
Total	30	100%

30. Você não tem conseguido comer por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	22	73%
Total	30	100%

31. Você tem evitado sorrir por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	8	27%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	7	23%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	14	47%
Total	30	100%

32. Você já teve que interromper uma refeição por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	0	0%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	20	67%
Total	30	100%

Da questão 24 à questão 32 estão os resultados classificados na subescala “disfunção física”. Apesar dos índices de resultados bastante baixos de algumas destas questões, os resultados são mais relevantes nas de número 27 (“Você tem tido dificuldade em escovar corretamente seus dentes por causa de problemas na sua boca?”) e 28 (“Você já teve de evitar algum tipo de comida por causa de problemas na sua boca?”).

Particularmente os resultados obtidos na questão 27 mostram que, somente a informação como forma de prevenção muitas vezes pode não ser tão efetiva quanto se espera, pois de nada vale a motivação se existem limitações do cliente ocasionadas pelo desenvolvimento da doença. Este resultado demonstra a importância da intervenção clínica também como uma forma de prevenção, mesmo que esta não mais seja classificada como primária mas como uma prevenção secundária.

33. O seu sono já foi interrompido alguma vez por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	9	30%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	19	63%
Total	30	100%

34. Você tem estado perturbado por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	8	27%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	14	47%
Total	30	100%

35. Você tem achado difícil relaxar por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	5	17%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	18	60%
Total	30	100%

36. Você tem se sentido deprimido por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	3	10%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	2	7%
e) Nunca	20	67%
Total	30	100%

37. A sua concentração tem sido afetada por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	1	3%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	27	90%
Total	30	100%

38. Você tem se sentido um pouco embaraçado por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	7	23%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	16	53%
Total	30	100%

Da questão 33 à questão 38 encontra-se a subescala denominada “disfunção psicológica”. Os resultados obtidos são relevantes no dia a dia do indivíduo e trazem análises de termos como “embaraçado”, “deprimido”, “perturbado”, “sem concentração”, o que demonstra já uma maior gravidade em relação às conseqüências da doença periodontal na qualidade de vida dos indivíduos.

Estas conseqüências mais graves do ponto de vista psicológico indicam que a maneira de lidarmos com estes clientes deve ser diferenciada pois já se faz presente uma conotação negativa muito grande causada pela doença. A negligencia deste tipo de análise traz dificuldades em se buscar a colaboração e até mesmo na diminuição da ansiedade do cliente em relação ao tratamento.

Este resultado tem uma importância mais acentuada na produtividade dos trabalhadores em geral pois afetam diretamente o seu estado psicológico, diminuindo assim o seu poder de concentração nas atividades profissionais.

39. Você tem evitado sair de casa por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	4	13%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	22	73%
Total	30	100%

40. Você tem sido menos tolerante com seus familiares por causa de problemas bucais?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	3	10%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	23	77%
Total	30	100%

41. Você tem tido problemas em se dar bem com outras pessoas por causa de problemas em sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	4	13%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	25	83%
Total	30	100%

42. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	1	3%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	20	67%
Total	30	100%

43. Você tem sentido dificuldade em fazer seu trabalho usual por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	5	17%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	23	77%
Total	30	100%

Da questão 39 até a questão 43 têm-se a subescala denominada “disfunção social”. Os resultados indicam que a sociabilidade dos pacientes foi pouco afetada pela presença da doença periodontal. Apesar do resultado geral desta subescala apresentar um índice não muito expressivo, algumas questões apresentaram maior importância quando avaliadas isoladamente como por exemplo a de nº 42, que diz: “Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas na sua boca?”. Esta questão apresentou um índice de 30% de respostas afirmativas o que demonstra que a sociabilidade, em algum aspecto, pode ficar prejudicada com a presença da doença periodontal.

44. Você tem sentido que a sua saúde em geral tem piorado por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	1	3%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	26	87%
Total	30	100%

45. Você tem sofrido alguma perda financeira por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	2	7%
c) Algumas vezes	6	20%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	20	67%
Total	30	100%

46. Você tem se sentido incapaz de se divertir na companhia de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	5	17%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	21	70%
Total	30	100%

47. Você tem sentido que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	4	13%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	0	0%
e) Nunca	24	80%
Total	30	100%

48. Você tem sentido total incapacidade na mastigação por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	2	7%
b) Várias vezes	1	3%
c) Algumas vezes	4	13%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	22	73%
Total	30	100%

49. Você tem se sentido incapaz de exercer sua total capacidade de trabalho por causa de problemas na sua boca?

Categorias de respostas	N. Abs	%
a) Quase sempre	3	10%
b) Várias vezes	0	0%
c) Algumas vezes	2	7%
d) Quase nunca	1	3%
e) Nunca	24	80%
Total	30	100%

As questões de número 44 até 49 abordam a subescala “incapacidade, dentro das quais a questão 49 (“Você tem se sentido incapaz de exercer sua total capacidade de trabalho por causa de problemas na sua boca?”)

apresentou um índice de resultado afirmativo de 17%, demonstrando a direta influência da doença periodontal na produtividade dos trabalhadores.

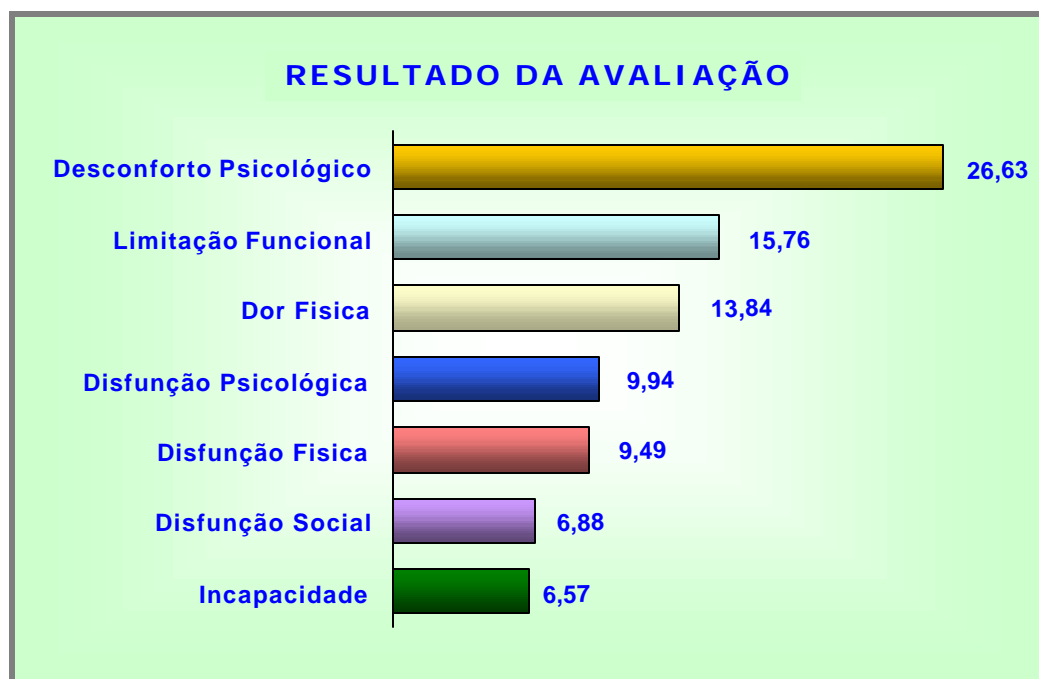
De acordo com a Tabela 2 obteve-se o índice mais elevado para o item “desconforto psicológico” com um coeficiente de 26,63 seguido em ordem decrescente, pelos seguintes itens com seus respectivos índices: “limitação funcional” = 15,76; “dor física” = 13,84; “disfunção psicológica” = 9,94; “disfunção física” = 9,49; “disfunção social” = 6,88; “incapacidade” = 6,57.

Tabela 2: Índices de Avaliação

TABELA DE INDICES DE AVALIAÇÃO DOS FATORES	
Fatores	Índices
Desconforto Psicológico	26,63
Limitação Funcional	15,76
Dor Física	13,84
Disfunção Psicológica	9,94
Disfunção Física	9,49
Disfunção Social	6,88
Incapacidade	6,57

Pode-se visualizar melhor este resultado com o gráfico de barras apresentado em seguida na Figura 9:

Figura 9: Resultado da avaliação pelo questionário “OHIP”



A análise integral de todos os fatores leva a entender melhor o perfil da população, suas ansiedades, preocupações, limitações e disfunções relacionadas aos problemas bucais. Isto de certa forma aproxima mais o profissional do paciente, facilitando em muito a comunicação e a motivação, fatores fundamentais no sucesso do tratamento periodontal.

Os índices obtidos pela aplicação do questionário indicam as diferentes nuances da doença periodontal, trazendo para o profissional da saúde uma gama de conhecimentos muito mais ampla, capacitando-o a compreender melhor o problema.

Há muito já se sabe que a doença periodontal traz conseqüências mutilantes ao indivíduo, particularmente nos seus estágios mais avançados.

Este questionário possibilita ao profissional quantificar de maneira clara e lógica os aspectos mais relevantes destas conseqüências, levando em consideração as particularidades de cada indivíduo, o que faz enorme diferença no planejamento do tratamento, na maneira de expô-lo ao paciente e nas perspectivas do profissional quanto aos resultados esperados.

Para o profissional compreender a dinâmica de sua área de atuação, precisa entender como os fatores psicológicos, sociológicos, funcionais e outros podem interferir na saúde bucal. Isso só se torna possível na busca da interdisciplinaridade, que irá possibilitar o avanço da Odontologia de sair de uma postura intervencionista para uma postura preventiva.

Não se pode deixar de ressaltar a importância de programas empresariais de prevenção, abordando desde a conscientização da doença em si, como as principais maneiras de prevenir o seu aparecimento. Este controle tem um efeito altamente positivo na satisfação pessoal dos trabalhadores fazendo-os se sentir valorizados no seu ambiente de trabalho. Como conseqüência imediata temos o comprometimento da produtividade pelo absenteísmo causado por problemas bucais seja pela falta ao trabalho ou até mesmo quando o indivíduo não consegue se concentrar nas suas tarefas por problemas bucais. Isto tende a diminuir a medida que este tipo de trabalho preventivo e motivacional for sendo executado. O investimento em medidas preventivas é bem menor do que o realizado em medidas curativas além de mostrar uma diminuição progressiva dos custos com o tratamento.

Todas essas iniciativas acabam por garantir a preservação da qualidade de vida dos funcionários. Não se pode dizer que exista qualidade de vida

quando a saúde está comprometida, principalmente a saúde bucal. Qualidade parece ser a chave-mestra para abrir inúmeras portas, em que há uma preocupação coletiva com um tipo de qualidade em especial, a qualidade de vida do ser humano. A qualidade de vida implica a postura do profissional de saber lidar com as dificuldades do paciente. Muitas vezes um tratamento pode não surtir resultados simplesmente pelo fato de o profissional ver aquele paciente como um único órgão e não na totalidade.

É preciso que numa estrutura empresarial se entenda o ser humano enquanto corpo, mente e espírito, assim será possível levá-lo a garantir a sua própria saúde bucal e do seu organismo na totalidade. Com um desses elementos não satisfeitos, o indivíduo até poderá ter a dentição perfeita, mas não terá uma qualidade de vida total.

Além do aspecto funcional, estes resultados mostram que os pacientes dão grande importância à estética, pois tem-se em mente o conceito de que uma pessoa bonita é mais saudável, ressaltando que o binômio saúde e estética é imprescindível. A estética hoje está muito em voga quando se fala de tratamento odontológico e as previsões são de que será o carro chefe da Odontologia no futuro, juntamente com a prevenção. Os resultados mostram uma forte relação das disfunções sociais com pacientes afetados esteticamente, fato este que contribui negativamente em questões como auto estima, comunicação, relacionamento pessoal, relacionamento profissional e produtividade.

Em suma, estes resultados demonstram claramente os aspectos subjetivos das conseqüências da doença periodontal na qualidade de vida da

população estudada, evidenciando a sua relevância social, psicológica e funcional, ampliando a compreensão da doença em si ou, em melhores palavras, do doente em sua plenitude. Vislumbram-se horizontes até então limitados a um exame clínico tradicional, muitas vezes frio e impessoal, trazendo uma melhoria no relacionamento profissional paciente.

Em um estudo similar (Slade, 1994), este questionário foi aplicado em um grupo de 122 pessoas com idade superior a 60 anos, residentes em Adelaide, cidade do sul da Austrália. A limitação funcional e a dor física foram as dimensões que mais freqüentemente afetaram a população estudada. Outros problemas bastante comentados foram incapacidade e desconforto psicológico.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos levam a várias conclusões importantes que, a despeito de ainda ser um campo de trabalho novo onde somente o tempo e a experiência darão melhores condições de avaliação dos mesmos, pode-se desde já entender alguns aspectos.

De início, pode-se concluir que todos os fatores em questão são estatisticamente significativos, demonstrando que, independentemente dos coeficientes obtidos, existe um impacto considerável na qualidade de vida de todos os indivíduos avaliados com doença periodontal.

Em outras palavras, consegue-se avaliar o fardo que a doença periodontal representa para estas pessoas o que dá uma valiosa contribuição aos estudos clínicos epidemiológicos tradicionais.

Pode-se concluir que os fatores sociais são tão importantes quanto os fatores clínicos quando se pretende avaliar as conseqüências das desordens orais na saúde. Este achado é consistente com os conceitos contemporâneos de saúde e provê alguma evidência para suportar o ponto de vista de que o contexto social no qual se vive é importante na formação das respostas à doença e na experiência à saúde e à doença.

Tradicionalmente, os efeitos da saúde bucal têm sido conceituados em termos de indicadores clínicos de *status* oral ou medidas de patologia tecidual. Até recentemente, pouca atenção tinha sido dada ao pensamento de como as condições bucais e o seu tratamento influem na função social ou psicológica. Contudo, não se pode deixar de reconhecer a importância destes fatores

moldando o futuro da profissão odontológica, onde os aspectos comportamentais e psicológicos do tratamento dentário terão um importante e crescente papel no atendimento aos pacientes e se tornarão parte integral da prática dental e de seu planejamento.

Existe uma relação que muitas vezes não é tão evidente entre as medidas que a profissão dental considera importantes índices de *status* de saúde oral e os padrões subjetivos dos pacientes sobre saúde oral.

Conclui-se que em diferentes graus a qualidade de vida é sempre afetada pela doença periodontal e que, proporcionalmente a esta escala de resultados, tem-se também diferentes graus de envolvimento pessoal no que diz respeito à produtividade no trabalho. Diferenças culturais, sociais, raciais, de faixa etária, econômicas e psicológicas podem dar diferentes percepções e diferentes comportamentos relacionados à saúde bucal.

Finalizando, deixa-se em aberto as seguintes sugestões:

Existem várias medidas efetivas, válidas e confiáveis capazes de indicar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. Sem dúvida, por sua complexidade, estes instrumentos devem continuar sendo redefinidos e aperfeiçoados a medida em que novas investigações forem avaliando suas bases teóricas, suas técnicas de aplicação e suas limitações em geral.

Em relação ao questionário utilizado, considerando-se que o escore ideal é o "0" (zero) para todas as questões, ou seja, que não haja problemas bucais interferindo na qualidade de vida, pode-se trabalhar com estes índices no sentido de baixá-los, tornando-os cada vez mais próximos deste ideal. Pode-se reavaliar esta mesma população após a conclusão do tratamento

periodontal, o que dará condições de se comparar os resultados de antes e após o tratamento e verificar, além das mudanças clínicas, o grau de satisfação pessoal com o tratamento em si e se houve uma melhora real na qualidade de vida.

Pode-se avaliar se a denominada “reabilitação oral” após um determinado tratamento odontológico traz alguma reabilitação ao indivíduo como um todo.

Pode-se também avaliar o verdadeiro grau de satisfação após o tratamento odontológico tradicional e quais as suas ansiedades e frustrações em relação ao mesmo. Estas avaliações mais amplas e detalhadas não foram realizadas devido às limitações anteriormente citadas no início do trabalho.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thailand population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, 1996, 24: 385-389.

AINAMO, J.; BARMES, D.; BEAGRIE, G. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). **Int Dent J**, 1982, 32: 281-291.

ALBRECHT, G.; FITZPATRICK, R. A sociological perspective on health-related quality of life research. **Advances in Medical Sociology**, 1994, 5: 1-21.

ATCHISON, K.A. The general oral health assessment index. In: SLADE GD. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

BAER, P.N. The case of periodontosis as a clinical entity. **J Periodontol**, 1971, 42: 516-520.

BAILIT, H.; BROOK, R.; KAMBERG, C.; GOLDBERG, G. The effect of cost charing on the quality of dental care. **J Dent Educ**, 1984, 28: 597.

BECKER, W.; BERG, L.; BECKER, B.E. Untreated periodontal disease: a longitudinal study. **J Periodont**, 1979, 50: 234.

BECKER, W.; BECKER, B.E.; BERG, L.E. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. **J. Periodontol**, 1984, 55: 505-509.

BELLINI, HT. **A System to Determine the Periodontal Therapeutic Needs of a Population**. Oslo, Universitetsforlagets Trykningssentral, 1973.

BELLINI, H.T.; GJERMO, P. Application of the periodontal treatment need system (PTNS) in a group of Norwegian industrial employees. **Community Dent Oral Epidemio**, 1973, 1: 22-29.

BRADY, W.F. Periodontal disease awareness. **JADA**, 1984, 109: 706-710.

BREX, M.C., SCHLEGEL, K., GEHR, P.; LANG, N.P. Comparison between

histological and clinical parameters during human experimental gingivitis. **J. Periodont. Research**, 1987, 22: 50-57.

BREX, M.C.; FRÖLICHER, I., GEHR, P.; LANG, N.P. Stereological observations on long term experimental gingivitis in man. **J. Clin. Periodontology**, 1988, 15: 621-627.

BREX, M., NUKI, K., LANG, N.P., GESTACH, A.; SOLLBERGER, K. Microvascular volumes in healthy and inflamed gingiva in humans. **J. Periodont. Research**, 1992, 27: 1-7.

BROWN, L.J.; OLIVER, R.C.; LÖE, H. Periodontal diseases in the U.S. in 1981: prevalence, severity, extent and role in tooth mortality. **J Periodontol**, 1989, 60: 363-370.

BUCKLEY, L.A.; CROWLEY, A. Longitudinal study of untreated periodontal disease. **J. Clin Periodont.**, 1984, 11: 523-530.

CAPRA, F. **Sabedoria Incomum**. Cultrix, São Paulo, 1988.

CARRANZA, F.A.; NEWMAN, M.G. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 832p. Cap. 1, p.11-58: O Periodonto Normal.

CHIANCA, T.K.; DE DEUS, M.R.; DOURADO, A.S.; LEÃO, A.T.; VIANNA. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. **Revista FOLA ORAL**, Brasil, 1999, 16: 96-102.

CLARK, W.B.; LÖE, H. Mechanisms of initiation and progression of periodontal disease. **Periodontology 2000**, 1993, 2: 72-82.

CONDE, M.; SARAIVA, M.C.P.; KON, S.; TODESCAN, J.H.; PUSTIGLIONI, F.E. PSR: Um método simplificado de diagnóstico periodontal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, 1996, 50: 139-142.

CORNELL, J.E.; SAUNDERS, M.J.; PAUNOVICH, E.D.; FRISCH, M.B. Oral health quality of life inventory. In: SLADE, G.D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

CREMA, R. **Introdução à Visão Holística**. Summus Editorial, São Paulo, 1988.

CUSHING, A.M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing social dental

indicators – the social impact of dental disease. **Community Dent. Health**, 1986, 3: 3-17.

DOLAN, T. Identification of appropriate outcomes for an aging population. **Special Care in Dentistry**, 1993: 13: 35-39.

DOLAN, T.A.; GOOCH, B.R. Dental health questions from the rand health insurance study. In: SLADE GD. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

EGELBERG, J. Permeability of the dento-gingival blood vessels: application of the vascular labeling method and gingival fluid measurements. **J Periodont Res**, 1966, 1: 180-191.

ENGEL, G. **The need for a new medical model**: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196: 129-136.

ENTRALGO, P. L. **Historia de la Medicina**. Barcelona, Salvat. 1978.

FAUCHARD, P. **Le chirurgien-dentiste**. Paris, Mariette, 1746, 494p.

GENCO, R. J.; SLOTS, J. Host responses in Periodontal Diseases. **J. Dent. Res.**, 1984, 63: 441-451.

GENCO, R.J. Host responses in periodontal diseases: current concepts. **J Periodontol**, 1992, 63: 338-358.

HUNT, R.J.; SLADE, G.D.; STRAUSS, R.P. Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina. **J. Public Health Dent.**, 1995, 55: 205-209.

HUNTER, J. **The natural history of the human teeth, explaining their structure use, formation, growth and disease**. London: Johnson, 1771, 128p.

HUNTER, J. A practical treatise on the diseases of the teeth. In: LONGBOTTOM, B. **A treatise on dentistry**. Baltimore: Prentiss & Cole, 1802, 66p.

HUNTER, W. **An address on the role of sepsis and of antiseptics in medicine**. *Lancet*, 1911: 79-86.

KRESSIN, N.R. The oral health-related quality of life measure. In: SLADE, GD. . **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

KRESSIN, N.R. Associations among different assessments of oral health outcomes. **J. Dent. Educ.**, 1998, 6: 494-495.

KRISHNAMURTI, J. **O Despertar da Verdade**. Tecnoprint: Rio.

KUHN, T. S. **The Structure of Scientific Revolutions**, 2^a ed. Ver. 1970.

LARATO, D.C. Furcation involvements. Incidence and distribution. **J Periodontol**, 1970, 41:499-501.

LEAKE, J.L. An index of chewing ability. **J. Public Health Dent**.1990, 50: 262-267.

LEÃO, A.T.; SHEIHAM, A. The development of a social-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dent. Health**, 1996, 13: 22-26.

LILJENBERG, B.; LINDHE, J. Juvenil periodontitis. Some microbiological, histopathological and clinical characteristics. **J Clin Periodontol**, 1980, 7: 48-61.

LINDHE, J.; LILJENBERG, B.; LISTGARTEN, M. Some microbiological and histopathological features of periodontal disease in man. **J. Periodontology**, 1980, 51: 264-269.

LINDHE, Jan. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. 3ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

LOCKER, D. et al. The impact of dental and facial pain. **J. Dent. Res**, 1987, 66: 1414-1417.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent. Health**, 1988; 5: 3-18.

LOCKER, D.; SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **J. Can. Dent. Assoc.**, 1993, 59: 830-838.

LOCKER, D. Health outcomes of oral disorders. **Int. J. Epidemiol.**, 1995, 24: 85-89.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older canadian population. **J Dent Res**, 1997, 76: 1292-1297.

LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. In: SLADE, GD. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G.D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

LOCKER, D.; KRESSIN, N. Introduction to the Symposium. **Community Dent. Oral Epidemiol.**

LODVAL, A.; ARNO, A.; SCHEI, O.; WAERHAUG, J. Evidence of clinical manifestations of periodontal disease in light of oral hygiene and calculus formation. **J Am Dent Assoc**, 1958, 56: 21-33.

LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S.B. Experimental gingivitis in man. **J. Periodontology**, 1965, 36: 177- 187.

LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H.; SMITH, M. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. **J Periodont**, 1978, 49: 607-620.

LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H.; MORRISON, J.E. Natural history of periodontal disease in man-rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 36 years of age. **J Clin Periodontol**, 1986, 13: 431-440.

LÖE, H. Periodontal diseases. **Periodontology 2000**, 1993, 2: 7-12.

MACHADO V.O.P.; PEREIRA, L.N.; FERREIRA, Z.A.; OLIVEIRA, A.S. Influência do Estresse na Doença Periodontal. **Jornal Brasileiro de Endo/Perio**, 2001, 5: 111-118.

MITIS, F. Hippocrates in the golden age. His life, his work and his contributions to dentistry. **J Am Coll Dent**, 1991: 58:26-30.

MOORE WEC; MOORE, L.H.; RANNEY, R.R; SMIBERT, R.M.; BURMEISTER, J.A.; SCHENKEIN, H.A. The microflora of periodontal sites showing active destructive progression. **J Clin Periodontol**, 1991, 18: 729-739.

MOSKOW, B.S.; POLSON, A.M. Histologic studies on the extension of the inflammatory infiltrate in human periodontitis. **J. Clin. Periodontology**, 1991,

18: 534-542.

PAGE, R.C.; SCHROEDER, H.E. **Pathogenesis of inflammatory periodontal disease**. A summary of current work. Lab. Invest, 1976, 33: 235.

PAGE, RC. Gingivitis. **J Clin Periodontol**, 1986, 13: 345-355.

PAGE, RC. The role of inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontal disease. **J. Periodont. Res**, 1991, 26: 230-242.

PATRICK, D.; ERICKSON, P. **Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation**. New York: Oxford University Press, 1993.

PERIODONTAL SCREENING AND RECORDING TRAINING PROGRAM KIT. Chicago: **American Academy of Periodontology & American Dental Association**, 1992.

RANNEY, R.R. Discussion: pathogenesis of gingivitis. **J Clin Period**, 1986, 13: 356-359.

RANNEY, R.R. Criteria for efficacy of plaque control agents for periodontal disease: microbiology. **J Dent Res**, 1989, 68: 1655-1660.

RAPHAEL, D.; BROWN, I.; RENWICK, R.; ROOTMAN, I. **Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion**. Issues in Health Promotion Series. University of Toronto, Center for Health Promotion, 1994.

REISINE, S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. **Am. J. Public Health**, 1985, 75: 27-30.

REISINE, S. Oral health and the sickness impact profile. In: SLADE GD. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina , Dental Ecology, 1997.

RIGGS, J.M. Pyorrhea alveolaris. **Report of the Souterh Dental Association**, 14th Annual Session. Dent Cosmos 1882, 24: 523-538.

RUSSEL, A.L. Epidemiology of periodontal disease. **Int Dent J**, 1967, 17: 282-296.

SAXÉN, L. Juvenil periodontitis. **J. Clin. Periodontol**, 1980, 7: 1-9.

SCHEI O.; WAERHAUG, J.; LODVAL, A.; ARON, A . Alveolar bone loss as related to oral hygiene and age. **J Periodontol**, 1959, 30: 7-16.

SCHULTZ-HAUDT, S.D.; BIBBY, B.G.; BRUCE, M.A. Tissue destructive products of gingival bacteria from non-specific gingivitis. **J Dent Res**, 1954, 33: 624-631.

SEGURA, R.C.F.; TRAMONTINA, V.A.; FARHAT S.; KIM S.H. Doença Periodontal e Alterações Sistêmicas – um Novo Paradigma. **Jornal Brasileiro de Endo/Perio**, 2001, 5: 119-123.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dent. Health**, 1994, 11: 3-11.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J; LOCKER, D.; HUNT, R.J.; STRAUSS, R.P.; BECK, J.D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. **J Dent Res**, 1996, 75: 1439-1450.

SLADE, G.D. Derivation and valuation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, 1997, 25: 284-290.

SLADE, G.D; STRAUSS, R.P; ATCHINSON, K.A; KRESSIN, N.R; LOCKER, D.; REISINE, S.T. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. **Community Dent. Health** ,1998, 15: 3-7.

SLADE, G.D. Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, 1998, 26: 52-61.

SOCRANSKI, S. S.; HAFFAJEE, A. D. The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts. **J. Periodontol.**, 1992, 63: 322-331.

STRAUSS, R.P; HUNT, R.J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **JADA**, 1993, 124: 105-110.

TEIXEIRA, H., DANTAS, F. **O Bom Médico**. Ver. Bras. Educ. Méd.: (21) 1: 39-46, jan./abr., 1997.

TEIXEIRA, H. Holismo e Medicina. [on line] 1999. [citado em 10 out. 1999]

Disponível na internet: **Medicina On Line**, n. 8, ano II.

TEN CATE, A.R. **Histologia Bucal** - Desenvolvimento, Estrutura e Função. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 395 p. Cap. 14, p. 209-234: Periodonto

THEILADE, F.; WRIGHT, W.H.; JENSEN, S.B; LÖE, H. Experimental gingivitis in man II. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. **J Periodont Res**, 1986, 1: 1-13.

WAERHAUG, J. The gingival pocket. **J. Periodontol**, 1952, 60:5-186.

WAERHAUG, J. Subgingival plaque and loss of attachment of periodontosis as evaluated on extracted teeth. **J Periodontol**, 1977, 48: 125-130.

WILSON, I.; CLEARY, P. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **Journal of the American Medical Association** ,1955, 273: 59-65.

YEWE-DWYER, M. The definition of oral health. **British Dental Journal**, 1993, 174: 224-225.

ZAPPA, U.; REINKING-ZAPPA, M.; GRAF, H.; CASE, D. Cell populations associated with active probing attachment loss. **J. Periodontol.**, 1992, 63: 748-752.

ZOELLNER, H.; HUNTER, N. Vascular expansion in chronic periodontitis. **J. Oral Path. Med.**,1991, 20: 433-437.

7 ANEXOS

7.1 Questionário

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL)

NOS ÚLTIMOS 6 MESES, EM RELAÇÃO A PROBLEMAS NA SUA BOCA

DIMENSÃO	PESO	QUESTÃO
LF	1.253	1.Você tem tido dificuldade em mastigar alguns alimentos por causa de problemas na sua boca?
LF	1.036	2.Você tem tido problemas em pronunciar algumas palavras por causa de problemas bucais?
LF	0.747	3.Você notou algum dente que lhe parecia não estar bem?
LF	1.059	4. Você sentiu que a sua aparência tem sido afetada por problemas na sua boca?
LF	1.154	5. Você tem sentido que seu hálito não está bom?
LF	0.931	6. Você tem sentido que seu paladar tem piorado?
LF	1.181	7.Você tem tido impactação de alimentos entre seus dentes ou próteses?
LF	1.168	8.Você tem sentido que sua digestão tem piorado por problemas na sua boca?
DF	1.213	9. Você tem sua boca dolorida?
DF	0.937	10.Você tem sentido sensibilidade para mastigar?
DF	1.084	11.Você tem sentido dores de cabeça relacionados a problemas na sua boca?
DF	1.053	12.Você tem tido dentes sensíveis com líquidos ou comidas geladas?
DF	1.361	13. Você tem tido dor de dente?
DF	1.088	14. Você tem sentido sua gengiva dolorida?
DF	0.998	15. Você tem sentido desconforto em comer alguns tipos de comida?
DF	1.264	16.Você teve manchas doloridas na sua boca?
LF	1.472	17.Você tem sentido que suas próteses não estão bem adaptadas?
DF	1.002	18. Você tem sentido sua prótese desconfortável?
DP	2.006	19. Você tem estado preocupado por causa de problemas dentais?
DP	1.902	20.Você tem estado consciente de como estão seus dentes, boca ou próteses?
DP	2.252	21. Seus problemas bucais têm lhe deixado entristecido?
DP	1.815	22.Você tem se sentido desconfortável pela aparência dos seus dentes, boca ou próteses?
DP	2.025	23.Você tem se sentido tenso por algum problema bucal?

(continuação Questionário)

CF	1.109	24.Você tem tido problemas para pronunciar algumas palavras devido a problemas bucais?
CF	1.111	25. As pessoas têm tido dificuldades em entender a sua fala por causa de problemas na sua boca?
CF	1.051	26. Você tem sentido menos sabor na comida por causa de problemas na sua boca?
CF	1.068	27. Você tem tido dificuldades em escovar corretamente seus dentes por causa de problemas na sua boca?
CF	1.266	28.Você já teve que evitar algum tipo de comida por causa de problemas na sua boca?
CF	1.022	29. Você tem se alimentado mal por causa de problemas na sua boca?
CF	1.351	30.Você não tem conseguido comer por causa de problemas bucais?
CF	1.070	31.Você tem evitado sorrir por causa de problemas bucais?
CF	0.952	32. Você já teve que interromper uma refeição por causa de problemas na sua boca?
CP	1.950	33. O seu sono já foi interrompido alguma vez por causa de problemas na sua boca?
CP	1.393	34. Você tem estado perturbado por causa de problemas bucais?
CP	1.646	35.Você tem achado difícil relaxar por causa de problemas bucais?
CP	1.936	36.Você tem se sentido deprimido por causa de problemas bucais?
CP	1.638	37.A sua concentração tem sido afetada por causa de problemas bucais?
CO	1.437	38.Você tem se sentido um pouco embaraçado por causa de problemas bucais?
CS	1.572	39.Você tem evitado sair de casa por causa de problemas bucais?
CS	2.555	40. Você tem sido menos tolerante com seus familiares por causa de problemas bucais?
CS	1.832	41. Você tem tido problemas em se dar bem com outras pessoas por causa de problemas em sua boca?
CS	2.236	42.Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas na sua boca?
CS	1.805	43. Você tem sentido dificuldades em fazer seu trabalho usual por causa de problemas na sua boca?
I	2.112	44.Você tem sentido que a sua saúde em geral tem piorado por causa de problemas na sua boca?
I	1.420	45. Você tem sofrido alguma perda financeira por causa de problemas na sua boca?
I	1.545	46.Você tem se sentido incapaz de se divertir na companhia de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?
I	1.567	47. Você tem sentido que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória por causa de problemas na sua boca?

(continuação Questionário)

I	1.879	48.Você tem sentido total incapacidade funcional por causa de problemas na sua boca?
I	1.476	49.Você tem se sentido incapaz de exercer sua total capacidade de trabalho por causa de problemas na sua boca?

Legenda:

LF - Limitação funcional	<i>Functional limitation</i>
DF - Dor física	<i>Physical pain</i>
DP - Desconforto psicológico	<i>Psychological discomfort</i>
CF - Comprometimento físico	<i>Physical disability</i>
CP - Comprometimento psicológico	<i>Psychological disability</i>
CS - Comprometimento social	<i>Social disability</i>
I - Incapacidade	<i>Handicap</i>

Coeficientes

(4) = Muito freqüente	<i>very often</i>
(3) = Freqüência relativa	<i>fairly often</i>
(2) = Ocasionalmente	<i>occasionally</i>
(1) = Dificilmente	<i>hardly ever</i>
(0) = Nunca	<i>never</i>

“Não sei” também poderia ser incluído como uma categoria de resposta. Para as questões 17, 18 e 30 a resposta “não aplicável” pode ser usada se a pessoa não usa prótese. Os respondentes devem ser informados do período de tempo desejado (por ex. durante os últimos 12 ou 6 meses, durante o último mês, etc.)